

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA DE POSGRADO



**PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ**

**“Factores clave en la implementación de la Estrategia Sanitaria
Nacional de Inmunizaciones del Perú 2013-2017”**

**Tesis para optar el grado de Magíster en Ciencia Política y Gobierno con
mención en Políticas Públicas y Gestión Pública**

AUTOR

Ana Rosa Cueva Guayama

ASESOR

Juan Eulogio Arroyo Laguna

JURADO

Christian Mauricio Alván Silva

Fernando Ernesto Dagnino Varas

Lima – Perú

2018



“La salud es condición indispensable para el desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla” (Ley N° 26842)

Resumen

La evolución de la cobertura de vacunación es un referente de la implementación de la Política Nacional de Inclusión Social, especialmente en lo que compete a los lineamientos de primera infancia. En Perú, la norma técnica que establece la implementación de medidas públicas en materia de inmunizaciones es la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI) y uno de los indicadores de desempeño para medir su implementación es: niños menores de 36 meses con vacunas básicas completas para su edad. Este indicador registró la cobertura más baja de los últimos cinco años en el 2014 y llegó a recuperarse notablemente en el 2017. En tal sentido, la vacunación es una de las medidas más costo efectivas en el campo de la salud pública, cuya aplicación oportuna puede evitar enfermedades inmunoprevenibles garantizando la salud, que es un derecho humano que puede ser exigido por los ciudadanos al Gobierno. Esta investigación se constituye en una evaluación de proceso de la implementación de la ESNI, mediante la cual se pretende identificar los factores clave que explican o guardan relación con el desempeño del indicador niños menores de 36 meses con vacunas básicas completas para su edad, en el periodo 2013 – 2017, según grupos de actores: políticos, técnicos, operativos y sociales, relacionados a la implementación de la ESNI. Las conclusiones y recomendaciones del estudio están focalizadas en la mejora en la implementación de acciones gubernamentales, con especial énfasis en las referentes al campo de la salud.

Palabras claves:

Vacunación, Política Pública, Implementación, Evaluación

Abstract

The evolution of vaccination coverage is a reference for the implementation of the National Policy on Social Inclusion, especially as regards the guidelines for early childhood. In Peru, the technical standard that establishes the implementation of public immunization measures is the National Immunization Health Strategy (ESNI) and one of the performance indicators to measure its implementation is: "Children under 36 months with complete basic vaccines for their age" which, in the last five years, registered the lowest coverage in 2014 and reached a remarkable recovery in 2017. In this sense, since vaccination is one of the most cost-effective measures in the field of public health, whose timely application can prevent immunocompromising diseases by guaranteeing health, which is a human right that can be demanded by citizens to the Government. This research is constituted in an evaluation of the implementation process of the ESNI, through which it is intended to describe, identify and weigh the factors that explain or are related to the performance of the indicator children under 36 months with complete basic vaccines for their age, in the period 2013 - 2017, according to groups of actors: political, technical, operational and social, related to the implementation of ESNI. The conclusions and recommendations of the study are focused on improving the implementation of government actions, especially those related to the field of health.

Keywords: Vaccination, public policy, implementation, evaluation

Índice

Gráficos, figuras y tablas	iv
Abreviaturas	vi
Introducción.....	1
CAPÍTULO 1. Marco de referencia: políticas públicas y características de la ESNI	5
1.1. Políticas Públicas.....	5
1.1.1. Políticas públicas: ciclo y actores	5
1.1.2. La salud en las políticas públicas	20
1.2. Características de la ESNI	27
1.2.1. Contexto mundial y nacional de la implementación de la ESNI.....	28
1.2.2. Concepción de la ESNI en el marco de la Política Nacional de Inclusión.....	36
1.2.3. Vinculación multisectorial para la implementación de la ESNI	42
1.2.4. Proceso de implementación de la ESNI.....	46
CAPÍTULO 2. Metodología de Evaluación.....	49
2.1. Método de investigación	49
2.2. Revisión de archivos informativos.....	50
2.3. Entrevistas.....	51
2.4. Factores y evaluación	53
CAPÍTULO 3. Evaluación de la implementación de la ESNI (2013-2017).....	60
3.1 Resultados de la implementación de la ESNI (2013-2017).....	60
3.2 Ponderación de las variables que influyen en la implementación de la ESNI	62
3.3 Valoración de los factores que influyen en la implementación de la ESNI	64
CAPÍTULO 4. Conclusiones y recomendaciones.....	98
Bibliografía	103
Anexo 1: Guía de Entrevista.....	111
Anexo 2: Relación de Entrevistas	117

Gráficos, figuras y tablas

Gráfico N° 1: Salud - Resultados de bienestar actuales y esperados para el Perú	23
Gráfico N° 2: Cobertura para principales vacunas* – Países de la Comunidad Andina.....	30
Gráfico N° 3: Perú - Menores de 36 Meses con Vacunas Básicas Completas para su Edad .33	
Gráfico N° 4: Regiones Naturales - Proporción de menores de 36 meses con Vacunas Básicas Completas para su edad (Cifras porcentuales)	34
Gráfico N° 5: 2014 - Proporción de menores de 36 meses con Vacunas Básicas Completas para su edad (Cifras porcentuales)	35
Gráfico N° 6: 2017 - Proporción de menores de 36 meses con Vacunas Básicas Completas para su edad (Cifras porcentuales)	36
Gráfico N° 7: Producto N° 3033254: Niños con Vacuna Completa	70
Gráfico N° 8: Producto N° 3033254: Niños con Vacuna Completa	71
Gráfico N° 9: Producto N° 3033254: Niños con Vacuna Completa	73
Gráfico N° 10: Búsqueda de tópicos relacionados al término vacuna	75
Gráfico N° 11: Búsqueda de tópico relacionado con Vacuna contra la poliomielitis	76
Gráfico N° 12: Búsqueda de tópico relacionado con Influenza	76
Gráfico N° 13: Gasto en Compra de Vacunas	85
Gráfico N° 14: Disponibilidad de vacunas en ES en Comunidades Indígenas (2013)	95
Figura N° 1: Ciclo de Políticas Públicas	6
Figura N° 2: Marco Conceptual del Proceso de Implementación de Políticas	10
Figura N° 3: Flujo de las variables involucradas en el proceso de implementación.....	10
Figura N° 4: Modelo lógico: Programa Articulado Nutricional.....	44
Figura N° 5: Proceso de implementación de la ESNI.....	47
Figura N° 6: Variables en la implementación de la ESNI	54
Figura N° 7: Ponderación de las variables que influyen en la implementación de la ESNI.....	62
Figura N° 8: Modelo de Gestión Descentralizada de Salud Nivel Regional.....	79
Figura N° 9: Planificación y solicitud de insumos para vacunación	84
Figura N° 10: Proceso de adquisición de las vacunas	86
Tabla N° 1: Comparación entre enfoques top-down y bottom-up.....	12
Tabla N° 2: Tipos de Evaluación	13
Tabla N° 3: Matriz lógica del Programa Presupuestal.....	16
Tabla N° 4: Actores en el diseño e implementación de los Programas Presupuestales	17
Tabla N° 5: Responsabilidad del Estado en el Sistema de Salud en el Perú	25
Tabla N° 6: Indicador % meta de cobertura	39
Tabla N° 7: “Esquema Nacional de Vacunación”	41
Tabla N° 8. Organización para la entrega del producto “Niños con vacuna completa”	47
Tabla N° 9. Herramientas e instrumentos por objetivos específicos.....	50
Tabla N° 10. Grupos de Actores Involucrados.....	52
Tabla N° 11: Tabla rangos – Cobertura de Vacunación.....	60
Tabla N° 12: Ponderación de variables según grupo de actores.....	63
Tabla N° 13: Valoración de los factores de las variables	64

Tabla N° 14: Cambios en los procesos de identificación, innovación, desarrollo y transferencia de tecnologías en Salud Pública	68
Tabla N° 14: Cambios en los procesos para el Desarrollo del Sistema de Inteligencia Sanitaria para la toma de Decisiones en Salud Pública	68
Tabla N° 16: Producto N° 3033254: Niños con Vacuna Completa	70
Tabla N° 17: Producto N° 3033254: Niños con Vacuna Completa	71
Tabla N° 18: Producto N° 3033254: Niños con Vacuna Completa	73
Tabla N° 19: Criterios de Programación	81



Abreviaturas



BID	: Banco Interamericano de Desarrollo
CENARES	: Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud
CESNI	: Centro Nacional de Salud Intercultural
CLAD	: Centro Latinoamericano para la Administración del Desarrollo
CONAFU	: Consejo Nacional para la Autorización de Universidades
DCI	: Desnutrición Crónica Infantil
DGPP	: Dirección General de Presupuesto Público
DGSP	: Dirección General de Salud de las Personas
DIRESA	: Direcciones Regionales de Salud
DISA	: Dirección de Salud
DTP	: Vacuna Antidiftérica-Antitetánica-Antipertusis
ENDES	: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
EPS	: Empresas Prestadoras de Salud
EPV	: Enfermedades Prevenibles por Vacunación
ESNI	: Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones
FED	: Fondo de Estímulo de Desempeño
GERESA	: Gerencias Regionales de Salud
GL	: Gobierno Local
GORE	: Gobierno Regional
GVAP	: Global Vaccine Action Plan
IRAS	: Infecciones Respiratorias Agudas
MEF	: Ministerio de Economía y Finanzas
MIDIS	: Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MINDES	: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
MINSA	: Ministerio de Salud
NGP	: Nueva Gestión Pública
NTS	: Norma Técnica Sanitaria
ODM	: Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	: Objetivos de Desarrollo Sostenible
OECD	: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
OMS	: Organización Mundial de la Salud
OPS	: Organización Panamericana de Salud
PAI	: Programa Ampliado de Inmunizaciones
PAN	: Programa Articulado Nutricional
PNP	: Policía Nacional del Perú
POI	: Plan Operativo Institucional
PPR	: Presupuesto por Resultados
UNICEF	: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Introducción

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF (2012: 17), todos los años se evitan alrededor de 2,5 millones de muertes de niños menores de 5 años gracias a la vacunación contra el sarampión y la difteria, el tétanos y la pertusis o tos ferina (vacuna DPT). La neumonía es una de las principales infecciones respiratorias agudas que se puede evitar mediante vacunación y que según la Organización Panamericana de Salud – OPS (2014) en Perú es la principal causa de mortalidad general, que afecta principalmente a niños menores de 5 años, registrándose anualmente alrededor de 3 millones de episodios de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) en la población antes señalada.

En este contexto, la OMS creó en 1974 el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y se impulsó su implementación en los países de las Américas como estrategia para hacer frente a las enfermedades inmunoprevenibles. Perú contaba con un Programa Nacional de Inmunizaciones desde 1972, el cual fue sustituido por el PAI en 1979 y terminó dando origen a la actual Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI), que se enmarca en la Ley General de Salud (N° 26842) del año 1997, y se constituye en una herramienta para alcanzar parte de los objetivos de la Política Nacional de Inclusión. Específicamente, la ESNI se enmarca en los Lineamientos de Política Sectorial de Salud 2011 – 2016, y los lineamientos de orientados a promover el Desarrollo Infantil Temprano.

La ESNI ha evolucionado desde su definición, apoyada por el impulso político y técnico realizado por diferentes actores, así como con el respaldo obtenido a partir de acuerdos internacionales suscritos por el Perú, como con la OMS, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OECD) y las Naciones Unidas, a través del programa de Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Sin embargo, la implementación de esta estrategia tiene retos, tanto en su dimensión técnica, normativa, política, social, (de accesibilidad geográfica, como de idiosincrasia por parte de los gestores públicos y la población), entre otros factores.

Sin embargo, en los últimos años se ha cuestionado el avance del Perú en materia de inmunizaciones. Según la OMS, para poder señalar que una determinada población está en su mayoría protegida de enfermedades inmunoprevenibles, la cobertura alcanzada debe ser igual o mayor al 95%. Sin embargo, Perú no ha logrado alcanzar esos valores. En los últimos 5 años (2013 – 2017) el indicador de desempeño “menores de 36 meses con vacunas completas para su edad” registró su nivel más bajo en el 2014, con un 61.1%. Si bien esta cobertura se recuperó sostenidamente en los años siguientes, registrando su pico más alto de 74.6% en el 2017, dicho valor es aún insuficiente. Esta disparidad en los logros de la ESNI se convierte en un caso

interesante a evaluar, en un contexto con escasos estudios que analicen la gestión en la implementación de la ESNI por parte de diferentes actores. Es por ello que, buscando responder a este vacío, el presente estudio plantea la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores claves que influyen en la implementación de la ESNI?

A partir de la normativa y demás documentos oficiales relacionados al proceso de implementación que sigue la ESNI, y tomando como referencia las variables relacionadas a la implementación de las políticas públicas que se señalan en los modelos de Mazmanian y Sabatier (1983) y Donald Van Meter y Carl Van Horn (1975), este estudio evaluó y ponderó las variables: i) normatividad y herramientas, ii) gestión de suministros, iii) impulso político y iv) coordinación entre actores, para finalmente conocer en opinión de los entrevistados, los factores claves relacionados a dichas variables, que influyen o guardan relación con los resultados de la implementación de la ESNI.

El planteamiento de esta investigación resulta relevante debido a que, en el campo de la salud pública, la evaluación de la implementación de políticas públicas constituye un medio para que el Estado pueda rediseñarla y/o tener en cuenta consideraciones importantes a fin de garantizarla a sus habitantes, por ser un derecho humano que puede ser exigido por los mismos. Es usual encontrar estudios en donde se abordan las inmunizaciones desde un punto de vista epidemiólogo en el campo de las ciencias médicas, o como materia con competencia de un determinado ministerio. Sin embargo, también es interesante analizar este tema desde el campo de las ciencias políticas, tratando de evaluar su implementación en el Perú, desde una lógica de gestión multisectorial donde se articula la participación de más de un ministerio y sus diferentes dependencias. Esta investigación explicativa parte de la evolución de la cobertura de vacunación, para realizar una evaluación del proceso de la implementación de la ESNI en los últimos 5 años (2013 – 2017), en la que finalmente, a través del uso de una metodología mixta, mediante herramientas cualitativas recoge información de fuentes primarias, como expertos que participaron en la implementación de la ESNI; para cuantificarla a través de herramientas cuantitativas y establecer un orden de ponderación y valoración sobre los factores claves que inciden en la implementación de la ESNI, a partir de la opinión de los entrevistados.

En tal sentido, el objetivo de este estudio es identificar los factores clave relacionados a las variables: i) normatividad y herramientas, ii) gestión de suministros, iii) impulso político y iv) coordinación entre actores que guarda relación con la evolución del indicador de desempeño “niños menores de 36 meses con vacunas completas para su edad”, usado por expertos y la literatura de Presupuesto por Resultados (PPR) como referencia para la evaluación y análisis de la implementación de medidas sanitarias como la ESNI.

Esta investigación focaliza la evaluación del proceso de la implementación de la ESNI en el último quinquenio (2013 – 2017). Partiendo de la hipótesis que los factores claves para la implementación de la ESNI corresponden a las cuatro variables enumeradas, se trató de identificarlas en forma operacionalizada, en términos de: coordinación con la población, normatividad y herramientas con criterios de interculturalidad, adecuada asignación de presupuesto, y cadena de frío.

A fin de poder explorar en detalle estas premisas, y estructurar de manera lógica y ordenada el cuerpo de la investigación, se desarrollaron los siguientes objetivos específicos:

- Analizar la evolución de la cobertura de vacunación en el periodo 2013 – 2017.
- Describir el proceso de implementación de la ESNI para identificar las distintas etapas y actores involucrados.
- Analizar y ponderar las variables: i) normatividad y herramientas, ii) gestión de suministros, iii) impulso político y iv) coordinación entre actores, relacionadas a la implementación de la ESNI.
- Analizar y valorar los factores relacionados a las variables: i) normatividad y herramientas, ii) gestión de suministros, iii) impulso político y iv) coordinación entre actores, que guardan relación con el desempeño de la evolución de cobertura de vacunación.

Para el desarrollo de estos objetivos específicos se realizaron dos tipos de análisis. Por un lado, la recopilación y análisis de información secundaria respecto a la ESNI, el contexto sociopolítico y literatura relevante del sector de las inmunizaciones, entre otros. Por otro, se realizaron entrevistas semiestructuradas a expertos que desempeñaron un rol clave en la implementación de la ESNI, ya sea durante el periodo de estudio o un periodo anterior, para obtener información primaria para el análisis. La evaluación realizada se circunscribe al ámbito nacional.

La presente investigación ha sido estructurada en cuatro (4) capítulos. El primer capítulo presenta el marco de referencia y el estado de la cuestión, detallando los aspectos relevantes de los enfoques teóricos relacionados a la evaluación, además de las características de la ESNI, explorando sus orígenes, su contexto mundial y nacional a través de la evolución de indicadores de desempeño, vinculación multisectorial, y el proceso general de su implementación.

El segundo capítulo presenta la metodología de evaluación que se emplea para este estudio, partiendo por definir a detalle el método de investigación, la revisión de información que se realizó para el mismo, las entrevistas y la segmentación de actores quienes se constituyeron en información primaria. Para finalizar, en este capítulo se presentan las herramientas para cuantificar la valoración de la información cualitativa.

En el tercer capítulo se presenta la evaluación del proceso de la implementación de la ESNI en el Perú entre 2013 - 2017, estableciendo según los actores entrevistados una ponderación de las variables: i) normatividad y herramientas; ii) gestión de suministros; iii) impulso político, y iv) coordinación entre actores, y analizando y valorando los factores clave relacionados a las mismas, a fin de establecer los vínculos entre estos factores y los avances en los resultados de la implementación de la ESNI, analizados a partir desempeño del indicador “niños menores de 36 meses con vacunas básicas completas para su edad”.

Finalmente, el último capítulo presenta las conclusiones del estudio basadas en el análisis de la evaluación de proceso realizada y del marco teórico e institucional de la ESNI en el Perú. Así mismo, se establecen recomendaciones focalizadas en aspectos operativos y de política pública, entorno la implementación de iniciativas públicas que se promueven desde el gobierno central y que requieren de un trabajo multisectorial en los distintos niveles de gobierno para garantizar su adecuada implementación.



CAPÍTULO 1. Marco de referencia: políticas públicas y características de la ESNI

1.1. Políticas Públicas

1.1.1. Políticas públicas: ciclo y actores

El estudio de las políticas públicas se ha establecido como un campo de estudio, cuyo objetivo es analizar las políticas (Policy) y su relación con la política (Polity). Las políticas públicas afrontan de manera directa el análisis del poder en acción a través del estudio de las acciones del Estado y su relación con la sociedad. Es decir, estudia el Estado en acción y su intervención (Valencia y Álvarez 2008). Jones (1984) define las políticas públicas como lo que el Estado hace o deja de hacer. Por su lado, Wildavsky (1979) las asocia a la acción gubernamental dirigida hacia el logro de objetivos fuera de ella misma. Algunas de las características que comparten las distintas definiciones de los autores respecto a qué es política pública es su relación con acciones gubernamentales deliberadas (Valencia 2011), teniendo en cuenta el enfoque de derechos humanos, según el cual se hace mención a la dinámica a cargo del Estado y los actores locales (sociales, políticos y la ciudadanía en general) (Erazo y otros 2008: 101).

“Las políticas públicas son acciones con sentido que, en general se traduce en las intenciones de los gobernantes, pero no las agota. Esto significa que la política no se define solo por la decisión del actor gubernamental, sino que incorpora las decisiones de los demás actores, quienes al participar condicionan su orientación. El curso de acción de la política se forma por la interacción de actores involucrados. En rigor, el curso de acción de una política puede ser diseñado por el actor gubernamental, pero hay un curso de acción efectivamente seguido que depende de la interacción de los actores políticos y sociales” (Erazo y otros 2008; 101)

Muller (2007) refuerza lo sostenido por Erazo y otros (2008), señalando que las políticas públicas son la forma como se le da coherencia, integralidad y sostenibilidad a las decisiones de los gobiernos. Lahera (2008) propone una definición más amplia e inclusiva señalando que las políticas públicas se refieren a un programa de acción dirigido por una autoridad investida de poder público legítimo. Así mismo, atribuye aspectos comunes a las políticas públicas entre los cuales destaca: a) un curso de acción; b) objetivo público definido de forma democrática; c) desarrollado por el sector público, comunidad y participación del sector privado; y d) agentes que desarrollan estas políticas cuentan con instrumentos o mecanismos, definiciones institucionales y previsión de resultados.

Para analizarlas, Valencia y Alexis (2008) citan a Laswell¹ y otros politólogos, a partir de cuyo debate señalan la existencia de dos corrientes para el análisis de las políticas públicas, la primera denominada conductista, que se centra en el proceso a través del cual se toman las decisiones de interés público y la segunda corriente analítica – normativa, con una fuerte presencia en los procesos de decisión para mejorar el contenido técnico y metodológico de la misma.

Según Corzo (2014), las políticas públicas tienen un ciclo de vida en el que se identifican al menos 4 momentos: i) **Gestación**: en donde se identifica una demanda social de potencial interés público por lo que el Gobierno debe intervenir para atenderla a través de acciones gubernamentales; ii) **Diseño**: a partir de la demanda social/problema público se buscan soluciones viables que se traducen en recomendaciones de políticas públicas, en donde se debe considerar la opción que genere mayores beneficios a la sociedad y el mejor resultado frente al problema identificado; iii) **Implementación**: se pone en marcha el plan de acción resultado del diseño. Se realiza el proceso de presupuestación, la creación legal, definición del equipo encargado y los procesos de comunicación con los diversos actores; iv) **Evaluación**: se valoran los efectos de la política pública en la población objetivo.

Figura N° 1: Ciclo de Políticas Públicas



Fuente: elaboración propia a partir de Franco Corzo (2014) y Landini; Gonzáles y D'Amore (2014)

¹ Harold Lasswell, fue el pionero de la Ciencia Política y de las teorías de la comunicación. Escribió sobre la influencia de la comunicación masiva, estableció su fórmula conocida como “el paradigma de Laswell”, se reconoce, además, por su gran aporte a los modelos para el análisis de las políticas públicas.

El ciclo de políticas públicas no sigue un proceso rígido, es decir no se trata de un proceso meramente secuencial, sino de momentos analíticos interdependientes, en donde la implementación inicia con la puesta en marcha del plan de acción diseñado en la etapa anterior (diseño). Como lo señala Corzo (2014), en la etapa de implementación se identifican posibles deficiencias del diseño que deben y pueden ser corregidas, gracias a la no linealidad del ciclo de políticas públicas y la oportunidad que esto representa, todo ello a fin de alcanzar los resultados esperados.

Las particularidades de cada país determinan las condiciones de implementación de políticas públicas exitosas. Para Landini; Gonzáles y D'Amore (2014) en el análisis de las políticas sanitarias debe estar presente el análisis de la accesibilidad², que en su modelo conceptual abarca: accesibilidad geográfica, financiera, administrativa y cultural que se traduce en el enfoque intercultural (Figura N° 1), los cuales deben estar presentes sobre todo en la etapa de diseño de las políticas públicas a fin de que las mismas respondan realmente a las demandas sociales. Sin embargo, de no haberlos considerado en el diseño, la etapa de implementación es crucial, ya que luego de realizar una evaluación, es posible modificar el contenido y posibles efectos de política pública por la forma en que se implementa (Hill y Hupe 2002).

El estudio de las políticas públicas según Bárbara Nelson (2001) surge debido a la confluencia de una serie de situaciones: intelectuales, económico, sociales y político, que permitieron su evolución. Estos mismos factores son lo que deben enfrentar los que diseñan e implementan políticas públicas, y es que tal como lo señala Muller (2006) las políticas públicas se diseñan de manera alineada con las decisiones y acciones de los gobiernos, cuyos representantes deben considerar a la coordinación como un referente de una adecuada ejecución de las políticas públicas, en donde las acciones públicas toman cuerpo en un marco institucional, social y político determinado en que el Estado y el resto de actores sociales, se interrelacionan e influyen entre sí (Winchester 2011).

Al respecto, "...el desafío consiste en entender mejor los factores determinantes y la evolución tanto de los rasgos clave de las políticas públicas como de las capacidades del Estado" (Chuaire y Scatascini 2014: 26), es este sentido resulta importante en el campo de las ciencias políticas analizar y evaluar los factores que influyen en la implementación de las políticas públicas, dado que en el ciclo de políticas públicas, esta es la etapa en la que se permite recoger insumos para hacer ajustes necesarios a la política pública, que a su vez permitan generar en la población el beneficio esperado.

² Según Landini; Gonzáles y D'Amore (2014), la accesibilidad se entiende como el proceso conflictivo de articulación entre demanda y oferta en salud. Representa una de las principales preocupaciones de las políticas sanitarias y área prioritaria de investigación.

En tal sentido, autores refuerzan la idea de que las políticas públicas no siguen un proceso rígido, uno de ellos es Basu (1997) quien sostiene que la implementación es el conjunto deliberado y secuencial de actividades del gobierno orientadas al logro de los propósitos y objetivos de la política, articulados en declaraciones oficiales de política. Esta etapa forma parte de un proceso continuo y no lineal, el que debe ser administrado. En esa misma línea, Lahera (2008), deja en claro que la implementación forma parte del curso de acción de políticas públicas, que no sigue un ciclo de manera rígida es decir para pasar de una etapa a otra no necesariamente sigue una ruta definida, el flujo de información del cual se alimenta debe estar relacionado constantemente con un objetivo público claramente definido.

Subirats (1992) considera que la implementación sigue parte de un proceso, luego de la selección de opciones de política pública, en donde el paso de una etapa a otra dentro del ciclo de proyecto se origina de manera natural. Al respecto, surge la pregunta: ¿Qué tan importante es esta etapa en el ciclo de políticas públicas? Mejía (2012) señala que los enfoques de implementación sugieren que es el eje central del ciclo de las políticas públicas, el diseño y la formulación no tendría sentido si no fuese llevada a cabo durante la implementación; del mismo modo, la evaluación cobra importancia cuando las actividades implementadas, y mucho más cuando comienzan a verse reflejadas en la realidad social y política. Esto ratifica la idea de que los resultados de la implementación de una política pública servirán, además, de insumos para la formulación de nuevas políticas públicas.

Cabe mencionar a Pressman y Wildavsky (1998), quienes desde un punto de vista distinto al de Subirats, no hablan de un ciclo, que da la idea de un proceso continuo, sino que indica que se debe contar siempre con un punto de partida y un punto final, sobre la base del cual la falta de implementación de determinadas políticas no debe atribuirse a la falta de capacidad para avanzar sino por el contrario a la incapacidad de seguir hasta llegar al punto final. Este punto de vista de evidencia que la capacidad técnica y política necesaria para tomar decisiones claves durante la implementación es muy importante, al igual que la coordinación entre los actores que las representan, ya que permitirán alcanzar el resultado esperado de la política pública o en su defecto arribar a un punto muy cercano a lo esperado.

Por otra parte, autores como Revuelta (2007) señalan que muchos países encuentran diferentes problemas y obstáculos cuando trata de implementar las políticas y alcanzar sus objetivos originales. Esta situación es relevante en dos sentidos: i) las deficiencias en implementación descubren ineficiencias en el aparato de gobierno y ii) la capacidad del gobierno para implementar políticas tiene un impacto directo sobre el asunto de la autonomía del Estado. Por ello, como menciona Rouquaud y Paéz (2013) la implementación, requiere transformaciones funcionales, estructurales y financieras que garanticen la concreción de

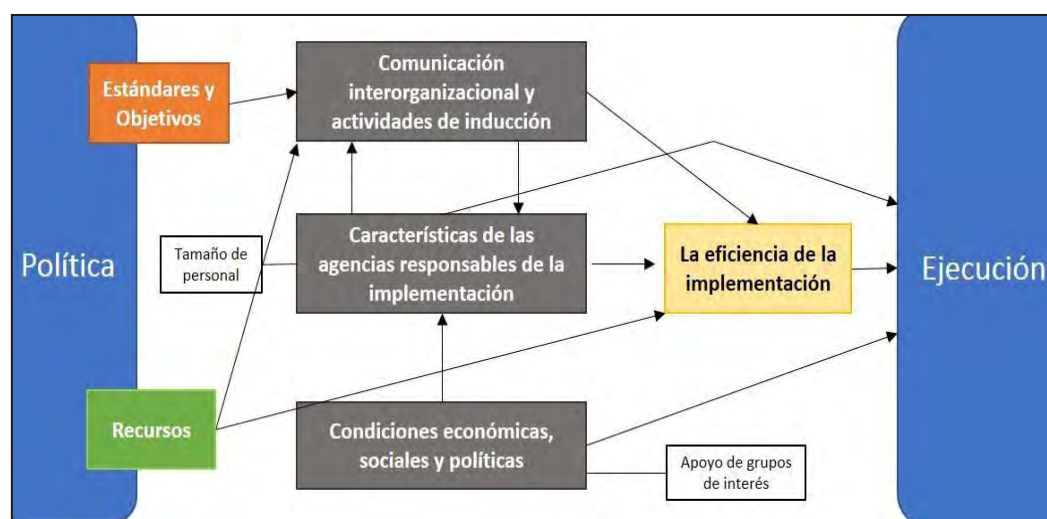
objetivos. Los fracasos en la implementación de políticas pueden reducir el apoyo político (Younis 1990:3) por lo que los gobiernos han tomado consideración de la importancia de la etapa de implementación de una determinada política pública, ya sea de manera alineada con el diseño original o ajustada durante su implementación para garantizar que responda ante el determinado problema público que pretende atender.

Olavarría (2007) precisa que las políticas públicas se implementan a través del aparato administrativo del Estado. En la década de los 70, frente al fracaso de varias políticas públicas, Olavarría analiza la implementación de políticas públicas, específicamente a los modelos de implementación: arriba – abajo (top – down), abajo – arriba (bottom – up) y el enfoque integrado.

Las características esenciales de un enfoque top-down son que comienza con una decisión política de funcionarios gubernamentales (usualmente el gobierno central) (Sabatier: 1986). Es así que la legislación se constituye en el centro de la implementación, sin embargo, se debe admitir la necesidad de expandir regulación administrativa que funcione como mecanismos operativos (Rein y Rabinovitz: 1978). Ello dado que el enfoque describe la implementación como un proceso que va desde arriba (nivel político) hacia abajo (nivel técnico) (Caminal 1996: 14), estableciéndose como un modelo lineal o administrativo, donde los que se encuentran en el nivel más alto son los que marcan las directrices de la implementación (Meny y Thoenig 1992), es así que este modelo se considera más ideal que real.

Stewart y otros (2008) hacen referencia a dos modelos que tratan de ilustrar las variables involucradas en el proceso de implementación bajo el enfoque “top-down”. El primero de ellos, el modelo de Donald Van Meter y Carl Van Horn, que considera seis variables o grupos de variables, que se creía que daban forma al vínculo entre política y desempeño: (1) normas y objetivos políticos; (2) recursos de política (por ejemplo, fondos u otros incentivos); (3) actividades interorganizacionales de comunicación y ejecución; (4) características de los organismos de ejecución (por ejemplo, tamaño del personal, control jerárquico, etc.); (5) condiciones económicas, sociales y políticas (por ejemplo, recursos económicos dentro de la jurisdicción de implementación, opinión pública, apoyo de grupos de interés); y (6) la disposición de los ejecutores (Stewart y otros 2008: 115). Para el caso de políticas públicas como la ESNI, en cuyo proceso de implementación se producirán bienes o servicios que deberán ser entregados a los beneficiarios finales, el tamaño del personal de las agencias ejecutoras es una de las principales variables que se puede destacar en este modelo, la cual estaría muy vinculada a al “apoyo de grupos de interés, que según este modelo está dentro de grupo de variables “condiciones económicas, sociales y políticas”, a menor interés del grupo beneficiario se requerirá mayor personal en las agencias encargadas de la implementación y viceversa.

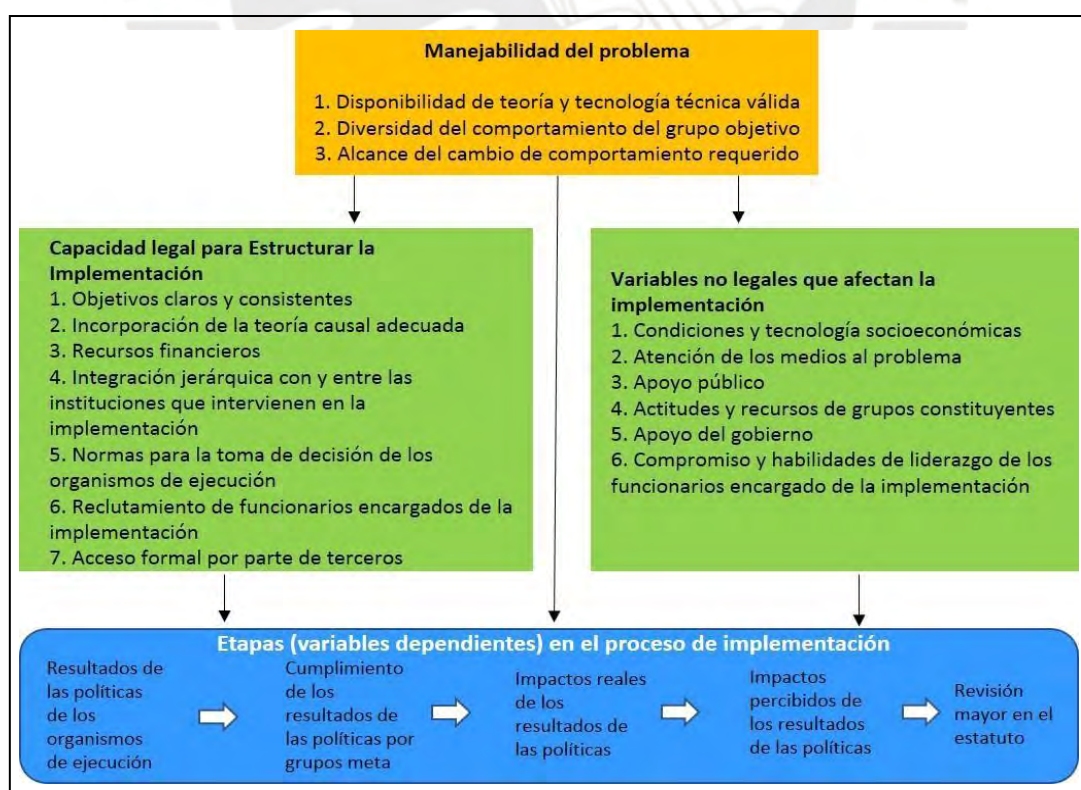
Figura N° 2: Marco Conceptual del Proceso de Implementación de Políticas



Fuente: elaboración propia a partir de Van Meter y Van Horn (1975)

El segundo modelo mencionado por Stewart y otros (2008), presenta factores que afectan el éxito de la implementación de un programa o política, en su modelo se identificaron 16 variables independientes dentro de 3 categorías principales: (1) la manejabilidad del problema; (2) la capacidad legal para estructurar la implementación; y (3) variables no estadísticas que afectan la implementación.

Figura N° 3: Flujo de las variables involucradas en el proceso de implementación



Fuente: Traducción de la figura realizada por Daniel H. Mazmanian y Paul Sabatier (1983)

Si comparamos ambos modelos, vemos que el número de variables difiere entre uno y otro. Stewart y otros (2008) precisan que los modelos “top-down” que intentan explicar las variables que afectan el proceso de implementación, han sido criticados por no señalar que variables son las más importantes y bajo qué circunstancias. Del mismo modo, Ramírez (2011) menciona que las principales críticas a este enfoque son tres: a) En muchos casos, las políticas persiguen múltiples objetivos de manera simultánea. Entonces, ¿en relación con cuales objetivos debe ser medido el éxito de la política?; b) Es un problema considerar que existe una sola estructura gubernamental que se encarga de la decisión y puesta en marcha de las políticas ya que la realidad es más compleja; y c) Con mucha frecuencia los actores a nivel local tienen la habilidad para ignorar los mensajes que desde los niveles altos indican la forma en que la política debe ser implementada, interpretándose como problemas en la coordinación entre ambos niveles, aunque en realidad esto va mucho más lejos, ya que los programas a menudo son adaptados a las necesidades locales, siguiendo instrucciones políticas.

A partir de estas críticas, es que aparece el enfoque “bottom-up”, que parte del nivel más bajo del proceso de implementación, y va de abajo hacia arriba, analizando en cada nivel la capacidad para afectar el comportamiento de la política y los recursos necesarios para alcanzar los objetivos. Este diseño retrospectivo sostiene que el comportamiento de los burócratas de menor nivel puede desviar las intenciones de los burócratas de alto nivel (Revuelta 2007:146).

Del mismo modo, Ortégón (2015) precisa que en el enfoque “bottom-up” la implementación nace donde aparecen los problemas y desde allí se retrocede hasta la cúspide o centro, ya sea a través de un enfoque contingente, en el cual la implementación se concibe como un proceso cargado de incertidumbre o poco previsible, que no solo sintetiza la calidad con que fueron realizadas las fases previas a la implementación, sino que además, involucra actores interdependientes que interactúan con cierto grado de libertad, quienes se asume no consideran relevante la coordinación con el resto de actores, y sin un estricto control central, incluyen a grupos que pueden demorar o entorpecer la ejecución o implementación de la política.

Rein y Rabinovitz (1978) observan que, en el momento de la ejecución (o implementación) bajo este modelo, aparecen en juego diversas variables, que se clasifican en tres imperativos diferentes que pueden ser conflictivos entre sí, los mismos que son los siguientes:

- **Imperativo legal:** el respeto de los actores por la legalidad y por la subordinación jerárquica a las autoridades competentes
- **Imperativo organizativo:** el apego que los actores manifiesten por normas tales como el interés del servicio, la factibilidad técnica, la moral profesional, niveles de coordinación, etc.

- **Imperativo consensual:** la búsqueda por los actores de un nivel de acuerdo aceptable entre las partes influyentes que tienen un interés afectado por la política ejecutada.

Por su parte, Raidan (2009) hace referencia a Elmore (defensor del enfoque bottom-up) para señalar que el enfoque bottom-up está directamente asociado con la burocracia³, ya que a partir de esta se explicaría el éxito o fracaso de la implementación.

Como se puede apreciar, cada uno de los enfoques tiene características propias, las mismas que marcan diferencias entre ellos. Basándonos en la literatura de Sabatier, a continuación, se presenta un cuadro comparativo sobre ambos enfoques:

Tabla N° 1: Comparación entre enfoques top-down y bottom-up

	Top-Down (Sabatier y Mazmanian)	Bottom-up (Hjern y otros)
Enfoque Inicial	Decisión gubernamental (Central).	Estructura de implementación local (red de acción pública) involucrada en un área de políticas.
Identificación de los principales actores en el proceso de implementación	De arriba hacia abajo y desde el gobierno (sector público) hasta el sector privado. La importancia atribuida a la teoría causal requiere comprensión de los incentivos del grupo objetivo.	Desde abajo hacia arriba, considerando se manera paralela a los actores públicos y privados.
Criterios de Evaluación	- Regularidad. Conformidad legal para llevar a cabo el proceso de implementación. - Eficacia: Se centra en el alcance de los objetivos formales previstos durante la programación y diseño de la política pública. Se puede tener en cuenta otros criterios políticamente significativos de manera opcional.	Mucho menos claro que el enfoque top-down. No cuenta con criterios claramente definidos. Los criterios de evaluación que caracterizan este enfoque están definidos por cualquier análisis requerido que atienda a cuestiones relevantes de la política. Usualmente se requiere evaluar: i) grado de participación de los actores involucrados y ii) nivel de conflicto de la implementación.
Enfoque General	¿Cómo se puede conducir la implementación de una política pública para lograr los resultados previstos? (Estructuras y procedimiento que pueden emplearse)	¿Qué interacciones entre los actores públicos y privados de una red de acción pública deben tomarse en cuenta durante la implementación para que esta sea aceptada?

Fuente: elaboración propia a partir de Sabatier y Mazmanian (1979) y Sabatier (1986)

Al respecto de las características que marcan la diferencia entre ambos enfoques, Birkland (2005) sostiene que usar uno u otro enfoque dependerá del tipo de política pública y del contexto, es así que para la implementación de políticas públicas que cuenten con un diseño concreto, recursos identificables y con una estructura organización clara, se recomendaría

³El término burocracia, hace referencia en esta sección a la burocracia estatal, la misma que según Oszlak (2006) puede ser concebida como la cristalización institucional de las políticas públicas y la actividad estatal manifestada mediante agencias burocráticas que, a lo largo del proceso de implementación, acaban definiendo la naturaleza del estado que materializan.

aplicar el enfoque top-down, por otro lado, para políticas públicas expresadas como programas donde podrían existir programas similares que generen la idea de multiplicidad, y se considere pertinente analizar la dinámica de la implementación en base a la organización, se recomendaría aplicar el enfoque bottom-up.

Así mismo, considerando la no linealidad de las políticas públicas expuesta por Basu (1997) y Lahera (2008), e independientemente del enfoque de implementación que siga una determinada política pública; la evaluación se constituye en la etapa que genera la posibilidad de diseñar mejores políticas públicas, rediseñarlas si aún se encuentran en la etapa de la implementación y/o establecer puntos de partida (líneas base) para nuevas acciones gubernamentales orientados a la atención de problemas públicos. Según Weiss (1998) la evaluación es la medición sistemática de la operación o impacto de un programa o política pública, comparada con estándares implícitos o explícitos en orden a contribuir a su mejoramiento.

Winchester (2011) presenta una distinción de los tipos de evaluación según la etapa de la intervención y el contenido a evaluar:

Tabla N° 2: Tipos de Evaluación

Según la etapa de la intervención			
Ex ante: previa a la acción gubernamental. Trata de establecer si las soluciones propuestas son adecuadas para atender el problema identificado.	Procesos: durante el ejercicio de la acción gubernamental. Examina el uso de recursos para el cumplimiento de los objetivos e identifica ajustes necesarios para corregir y encausar los esfuerzos a los objetivos previstos.	Ex post: se realiza una vez finalizada la acción gubernamental o la gestión de un determinado período. Involucra análisis de resultados inmediatos, intermedios e impactos o resultados finales.	
Según el contenido a evaluar			
Evaluación de proceso: analiza como se implementó la política, la forma, mecanismo, mediante la opinión de actores involucrados y de los beneficiarios (usa datos cualitativos y cuantitativos)	Evaluación de impactos: analiza porqué la política genero o no, el impacto esperado. Se busca probar si la política implementada se asocia a los resultados obtenidos.	Evaluación Económica: establecer si los beneficios esperados justifican los costos incurridos. Calcular los costos económicos asociados a la política y los beneficios en términos económicos.	Evaluación basada en la teoría: busca comprender y probar la relación causal entre la intervención y los impactos esperados, basándose en fuentes de información cualitativa y cuantitativa.

Fuente: elaboración propia a partir de Winchester (2011)

Sin embargo, Feinstein et. al (2016) precisan que si bien las políticas públicas usualmente se traducen en programas y proyectos, es importante observar que la evaluación de un conjunto de estos últimos, no equivale a una evaluación de dicha política, esto evidencia que el logro de los objetivos de un programa, proyecto o intervención pública en el marco de una política

pública no son los resultados de la política, pero sirve como un referente importante sobre el desempeño y los resultados de la política pública en la cual se enmarcan.

Adicionalmente, al ciclo de políticas públicas, en materia de las mismas surge el enfoque de la Nueva Gestión Pública (NGP) que sin importar el diseño y modelo de implementación que siga una determinada política pública, busca traducirse en una administración eficiente y eficaz que satisfaga las necesidades reales de los ciudadanos al menor coste posible, introduciendo mecanismos de competencia que permitan la elección de los usuarios y a su vez promuevan el desarrollo de servicios de mayor calidad (García, 2007). Según Hughes (1996) la explicación más satisfactoria de porque surgió la NGP, se basa en que está podría ser una respuesta frente a un conjunto de transformaciones sociales especiales, que tal como sostiene Barzelay (1998) implican un conjunto de principios que se establecen para dar lugar a una nueva cultura organizacional, nuevos enfoques operativos, nuevas tecnologías administrativas, y nuevas actitudes de los servidores públicos enfoca en resultados a favor de la población. Este enfoque que está siendo incorporado en muchos gobiernos, a través de diversos mecanismos que pueden traer consecuencias organizacionales, morales, administrativas y éticas, las cuales deben ser analizadas (Arellano y Cabrero 2005).

Al respecto, Schröder (S/N) sostiene que la implementación de la NGP debe realizarse cuando exista una masa “crítica” lo suficientemente numerosa de promotores de una reforma, quienes deberán ubicarse en la administración y en la política, para evitar consecuencias negativas. Dentro del ámbito público, es importante que este proceso de reforma cuente con el apoyo de la ciudadanía, dado que esta tiene la capacidad para ejercer presión sobre los políticos y sobre la administración, que permitirá concluir exitosamente el proceso de reforma.

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Centro Latinoamericano para la Administración del Desarrollo (CLAD) (2007) sostienen que la NGP sigue tres objetivos principales: i) Asegurar la optimización del uso de los recursos públicos, ii) Asegurar que el proceso de producción de bienes y servicios públicos, buscando mejorar la productividad, transparencia, equidad y control, y iii) Promover y desarrollar mecanismos internos para mejorar el desempeño de los trabajadores a fin de promover la efectividad de los organismos públicos. En tal sentido, recalcan que el Estado debe colocar su atención en la gestión por resultados, para tal fin debe usarse el presupuesto por programas y por productos.

Por su parte, Oyarse (S/N) menciona un aspecto muy importante sobre la NGP, los funcionarios públicos se caracterizan por su orientación al servicio y buscar generar valor público⁴ para la

⁴ Según Moore (1995), el sector privado al vender productos que permiten obtener ganancias está creando valor privado. De igual manera en el sector público se busca crear valor público, entendido como aquello que el público valora.

población, en tal sentido establece que mediante las evaluaciones no solo es importante analizar los resultados de las intervenciones sino la interacción entre las organizaciones responsables de la creación del valor público. “Según Moore principales retos que enfrentan los gerentes públicos para generar valor público son: el cambio en la cultura de sus organizaciones; la búsqueda de una mayor autonomía en la fijación de objetivos y en la determinación de los medios para obtenerlos; la humanización de los procesos administrativos; entablar diálogos con la ciudadanía y acciones sociales que propendan por el reconocimiento de la utilidad de la administración, para resolver problemas socialmente relevantes” (Chica 2011).

En este sentido y tal como lo señala el BID y el CLAD (2007), el PPR es una herramienta muy conocida en el marco de NGP, a través del cual se busca mejorar la calidad del gasto a través del fortalecimiento de la relación entre el presupuesto asignado a una política o programa de intervención pública y los resultados, mediante el uso sistemático de la información de desempeño considerando las prioridades de política; y guardando siempre la consistencia con el marco macro fiscal - Marco Macroeconómico Multianual (Mesinas 2012). Filc y Scartascini (2012) refuerzan la idea anterior al sostener que el PPR es implementado por países cuyo objetivo es aumentar la eficiencia y efectividad del gasto.

Según la Ley General de Sistema Nacional de Presupuesto N° 28411⁵, el Presupuesto por Resultados (PPR) utiliza instrumentos tales como la programación presupuestaria estratégica, el seguimiento de productos y resultados a través de indicadores de desempeño, y las evaluaciones independientes, entre otros que determine el Ministerio de Economía y Finanzas en colaboración con las demás entidades de Gobierno. En esta misma ley se señala que los programas presupuestales estratégicos se diseñan para enfrentar un problema nacional, cuya resolución está a cargo de una o más entidades del Sector Público, en los diferentes niveles de gobierno. Es así como, según señala Díaz (2012) un programa presupuestal se constituye en un elemento del presupuesto por resultados recomendable para aquellos países que están introduciendo un enfoque de resultados, versión que sostiene el enfoque de la NGP.

En Perú la Dirección General de Presupuesto Público (DGPP) a través de la Dirección de Calidad de Gasto Público en el marco de las funciones asignadas, diseña metodologías e instrumentos presupuestarios para mejorar la calidad del gasto público a lo largo del ciclo presupuestal. El diseño de un Programa Presupuestal, según la Dirección General de Presupuesto Público (2015) comprende una secuencia ordenada de etapas que contribuyen a sistematizar el conjunto articulado de productos que posibilitan el logro de resultados

⁵ Capítulo IV “Presupuesto por Resultados (PPR)”, Ley N° 28411: Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, aprobado por el artículo 1 del Decreto Supremo N° 304-2012-EF, publicado el 30 de diciembre de 2012, que rige a partir de enero de 2013

vinculados a una política o programa estratégico, para ello se debe llevar a cabo un análisis de evidencias, donde se identifica las causas de un problema, así como las intervenciones para revertir esas causas, la sistematización del análisis es presentado en la matriz lógica, la que recoge información fundamental del diseño del PP, para ello se debe tener en cuenta el Anexo N° 2 “Contenidos Mínimos de un Programa Presupuestal” tabla N° 17⁶.

Tabla N° 3: Matriz lógica del Programa Presupuestal

Objetivos	Indicadores	Supuestos importantes
Resultado final ↑ Miden el grado de mejora en condiciones de la población que son los propósitos de las intervenciones siguiendo una lógica causal.	Miden el grado de mejora en condiciones de la población que son los propósitos de las intervenciones siguiendo una lógica causal.	Registrar los diferentes riesgos que pueden hacer Que el programa no logré los productos y/o el resultado específico.
Resultado específico ↑ Miden los cambios resultantes de la provisión de bienes o servicios sobre el comportamiento, estado o actitud de la población objetivo.	Miden los cambios resultantes de la provisión de bienes o servicios sobre el comportamiento, estado o actitud de la población objetivo.	Registrar los diferentes riesgos que pueden hacer Que el programa no logré los productos y/o el resultado específico.
Productos ↑ Cuantifican o caracterizan los productos entregados. Se considerarán indicadores de cobertura, de caracterización del producto y unidades físicas entregadas.	Cuantifican o caracterizan los productos entregados. Se considerarán indicadores de cobertura, de caracterización del producto y unidades físicas entregadas.	Registrar los diferentes riesgos que pueden hacer Que el programa no logré los productos y/o el resultado específico.
Actividades ↑ Acciones sobre una lista específica y completa de insumos (bienes y servicios necesarios y suficientes), que en conjunto garantizan la provisión del producto.		

Fuente: elaboración propia a partir del Anexo N° 2 “Contenidos Mínimos de un Programa Presupuestal”

Por su parte, Díaz (2012) presenta un marco lógico similar al usado actualmente por la Dirección General de Presupuesto Público (DGPP) del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). El marco lógico para un programa de presupuesto por resultados está caracterizado por una lógica vertical y una lógica horizontal. En la lógica vertical se requiere que las condiciones estipuladas, sean aquellas necesarias y suficientes para lograr el o los objetivos del siguiente nivel superior, por su parte la lógica horizontal implica que, a cada nivel de objetivo, el equipo de diseño debe hacer explícitos: i) los indicadores objetivamente verificables que demostrarán que el resultado deseado ha sido obtenido, ii) los medios de verificación de tales resultados.

⁶ El anexo N° 2, Contenidos Mínimos de un Programa Presupuestal, establece cada de uno de los pasos de como estructurar un programa presupuestal. [Ver](#)

Así mismo, la directiva N° 001-2013-EF/50.01 “Directiva para los Programas Presupuestales en el marco de la Programación y Formulación del Presupuesto del Sector Público para el año 2014” incluyó en el Anexo N° 5 las pautas para la articulación territorial de los programas presupuestales, definiendo a la articulación territorial, como la integración de dos o más entidades de distinto nivel de gobierno en las distintas fases del proceso presupuestario asociados a un programa presupuestal, y que fue señalado por Oyarse (S/N) al precisar que es importante analizar la interacción entre las organizaciones responsables de la creación del valor. En esta misma directiva, se señala que los programas presupuestales reflejan una articulación vertical al incluir a los distintos niveles de gobierno, según sus competencias, como responsables directos de la provisión de productos o de la ejecución de actividades dentro de un producto de un programa presupuestal (Mesinas & Torres 2013).

Tabla N° 4: Actores en el diseño e implementación de los Programas Presupuestales

Fase/ Nivel Gob		Programación					Formulación	Ejecución	Evaluación
		Diagnóstico	Contenidos	Matriz Lógica	Prog. Física y Financiera	Evaluación y Seguimiento			
Gob. Nac.	Comisión			*		*	*	*	
	Equipo técnico	*	*	*	*	*	*	*	*
	Coordinador Territorial	*	*		*	*	*	*	*
Gob. Reg.	Equipo – Coordinador Regional	Remite Info.	Valida		Programan	*	*	*	*
Gob. Local	Coordinador Local	Remite Info.	Valida		Programan	*	*	*	*

Fuente: Mesinas & Torres 2013.

Por lo anterior, en base a lo señalado por Hughes (1996), Barzelay (1998) y el BID y CLAD (2007), el análisis del vínculo entre la ESNI y el PPR como instrumento de la NGP resulta relevante, en el contexto de evaluar la implementación de una estrategia tomando como punto de partida o referencia la evolución de un indicador de desempeño.

Actores en la implementación de Políticas Públicas

En opinión Knoepfel y otros (2007), todo individuo o grupo social vinculado con el problema colectivo (público) que origina o al cual responde una política pública debe considerarse actor potencial del espacio de la mencionada política, aun si momentáneamente es incapaz de emprender acciones concretas durante una o varias de las fases de una intervención pública. Es así como, la aplicación de las políticas públicas como herramientas ante soluciones problemáticas, involucra no solo a los actores políticos y técnicos dentro del proceso de implementación, sino a los actores sociales (Mejía 2012).

Al respecto, la Unesco (1990) sostiene la existencia de una interacción entre los burócratas y los políticos. A ambos actores se le atribuye un activo papel en el manejo de los asuntos públicos, cada uno aportando diferentes recursos. Los primeros (los burócratas) vistos como actores técnicos que contribuyen con conocimiento especializado, aportando experiencias científicas que servirán de sustento para fortalecer la postura de los segundos (los políticos), que tratan de canalizar intereses de la población. Para Lindblom (1991), la influencia de la burocracia deriva del hecho que los políticos hacen una especificación incompleta de la política. Luego de que los políticos establezcan el problema que se debe abordar y la finalidad de la intervención, los burócratas o personal de carrera son los que realizan los estudios, escriben los documentos y llevan a la práctica, ejecutando y administrando así las políticas decididas por los actores políticos.

La relación entre los actores ya mencionados es el modelo de Pressman y Wildavsky (1998), según el cual durante la implementación y reformulación de objetivos política pública (proceso plenamente político), están implicados los técnicos y administradores, pero además grupos de interés y otros actores con diversos valores, que movilizan recursos para ejercer poder e influencia, forman coaliciones, elaboran estrategias y demás acciones, que les permita lograr que su punto de vista prevalezca.

Para Bardach (1978), la implementación es una sucesión de movimientos en un juego entre distintos actores, en donde el mandato legal marca el inicio del juego, a partir del cual los actores intentarán todo tipo de estrategias para conseguir que la implementación de la política se alinee a sus intereses, minimizando en lo posible el nivel de sus contribuciones, liberando así recursos para otros juegos. Considerado los múltiples actores que pueden intervenir en esta etapa, se considera que es la más compleja del ciclo de políticas públicas dado que "(...) cuanto más elevado sea el número de actores en el proceso de la implantación⁷, menores son las

⁷ Los compiladores Bañón y Carrillo, presentan el capítulo 11: El análisis de las políticas públicas, por Manuel Tamayo – Universidad Complutense de Madrid. Instituto Universitario Ortega y Gasset. En el capítulo mencionado Tamayo, se refiere a la "Implantación" como implantación de la alternativa de política pública seleccionada para

posibilidades de conseguir una implantación que se ajuste al diseño inicial. La acción conjunta implica retrasos, primer síntoma de que la implantación no funciona bien, porque es necesario revisar y volver atrás continuamente para introducir modificaciones en el programa, intercambiar información, convencer y motivar a los actores que muestran una escasa disposición a participar en el proceso” (Bañon y Carrillo 1997:15).

Stein (2017) sostiene que “poner énfasis en la coordinación y la cooperación es clave para los gobiernos de América Latina, ya que son factores que permiten implementar políticas públicas de mayor calidad y más estables”, esta y otras ideas como las de Moreno (2015) nos señalan que, a mayor número de actores, se requiere mayor grado de coordinación y cooperación para implementar una política pública.

“El éxito de un programa de intervención pública no sólo depende de su buen diseño inicial, sino fundamentalmente del correcto funcionamiento de un complejo engranaje de actores, intereses, reglas formales e informales, recursos, información, líneas de autoridad, distribución de responsabilidades, los cuales interactúan para materializar los grandes objetivos en acciones concretas con resultados de algún valor público. Sin embargo, lograr ese correcto funcionamiento es uno de los dilemas más inextricables del proceso de hechura de las políticas públicas, sobre todo por el altísimo grado de cooperación y coordinación que se requiere de cada uno de los eslabones de la red de implementación” (Moreno 2015: 581-612).

En tal sentido, los autores antes mencionados coinciden en que, pese a que una política pública (programa/estrategia), tenga como rector un determinado ministerio, si durante su implementación se tiene la participación de diversos actores, debe ser vista como una política de enfoque multisectorial. Dado que, incluso cuando se sostenga que una política es prioritaria para el sector, esta visión no necesariamente puede ser compartida por las diversas áreas involucradas durante su implementación o, por el contrario, pese a ser prioritaria para el sector y las áreas dentro de un mismo ministerio se encuentren alineadas, debido a su naturaleza de implementación descentralizada pierde fuerza al no ser necesariamente una prioridad para los gobiernos locales y/o regionales.

Al respecto, la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021⁸, considera que una de las principales deficiencias de la gestión pública en el Perú, es la débil articulación

hacer frente a un problema público. En tal sentido se entiende por implantación a la implementación como un mismo término.

⁸ La Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021, aprobada mediante Decreto Supremos N° 004-2013-PCM, es el principal instrumento orientador de la modernización de la gestión pública en el Perú, que tiene por objetivo general orientar, articular e impulsar, en todas las entidades públicas, el proceso de modernización hacia una gestión pública con resultados que impacten positivamente en el bienestar del ciudadano y en el desarrollo del país, basada en 5 pilares centrales: i) políticas públicas, planes estratégicos y operativos, ii) presupuesto para resultados, iii) gestión por procesos, simplificación administrativa y organización institucional, y iv) servicio civil meritocrático, además de 3 ejes transversales: i) gobierno abierto, ii) gobierno electrónico y iv) articulación interinstitucional.

intergubernamental e intersectorial, que se agudiza en el contexto de descentralización peruano, en el cual los tres niveles de gobierno deben coordinar para converger en la implementación de políticas, programas o proyectos en cada ámbito territorial. Según Repetto (S/N) en este proceso resulta importante tener identificados a los actores de una política pública y las reglas de juego que, entendidas como funciones y responsabilidades, serán las coordenadas para el análisis de su desempeño y la implementación de tal política.

Por lo anteriormente señalado, y bajo la premisa Bardach (1978) en donde se considera a la implementación una sucesión de movimientos en un juego; en este estudio se analiza la también la coordinación entre actores como una variable en la implementación de la ESNI.

1.1.2. La salud en las políticas públicas

La presente sección constituye el estado de la cuestión, en donde se presentan las investigaciones y estudios que analizan las políticas de inmunizaciones y factores relacionados a su implementación. Para ello, se toma como punto de partida la salud como un derecho humano, que es razón del porque se diseñan e implementan diversas políticas en el campo de la salud pública, así mismo, se presenta como el sistema de salud está organizado para implementar las medidas sanitarias.

Salud como derecho humano

La OMS señala que "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Esta definición procede del Preámbulo de la Constitución de la OMS, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados, y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

En ese mismo año 1948, se ratificó la Declaración Universal de los Derechos Humanos, donde se reconoció el derecho a un nivel de vida adecuado, en el cual se destacan diversos determinantes de la salud. Del mismo modo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1966, resalta el derecho a la salud, donde los Estados, partes en el presente pacto, reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental⁹. Entendiéndose de este modo a la salud como un derecho humano. Franco y Álvarez (2008: 286) señalan que los derechos humanos son instrumentos que

⁹ La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) es un documento declarativo adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III), el 10 de diciembre de 1948 en París; en esta se recogen en sus 30 artículos los derechos humanos considerados básicos, a partir de la carta de San Francisco (26 de junio de 1945). La unión de esta declaración y los Pactos Internacionales de Derechos Humanos y sus Protocolos comprende lo que se ha denominado la Carta Internacional de Derechos Humanos. Mientras que la Declaración constituye, generalmente, un documento orientativo, los Pactos son tratados internacionales que obligan a los Estados firmantes a cumplirlos. (Consultada 11 de noviembre de 2017, [Ver](#)).

promueven la satisfacción de necesidades mínimas para el desarrollo, el respeto a la integridad física y psicológica, la libertad de expresión y no discriminación, entre otros.

Por su lado, Amartya Sen (1999) impulsa una teoría de los derechos humanos, basada en libertades fundamentales (capacidades y oportunidades). Por su parte Ruger (2006) integra la teoría política de Aristóteles, el enfoque de la capacidad y un paradigma de elección social (acuerdos), basándose en estas perspectivas desarrolla una teoría del derecho a la salud, mediante la cual explica la necesidad de obligaciones sociales, tanto estatales como no estatales, y compromisos individuales y sociales, establecidos como normas morales públicas; para la implementación y el cumplimiento progresivo del derecho a la salud en las políticas y leyes internacionales de derechos humanos.

“Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (...) indica que el derecho a la salud incluye los siguientes estándares esenciales e interrelacionados: i) **Disponibilidad**. Los Estados deben asegurar la provisión de una infraestructura suficiente válida de salud pública e individual en todo su territorio, así como instalaciones de agua y saneamiento seguras, personal capacitado y adecuadamente compensado y todos los medicamentos esenciales; ii) **Accesibilidad**. El acceso a la salud consiste en cuatro elementos clave: la no discriminación, la accesibilidad física, la accesibilidad económica y la accesibilidad de la información. Las instalaciones y servicios de salud deben ser accesibles a todos, especialmente a los más vulnerables, sin discriminación de ningún tipo. Las instalaciones y servicios, así como los factores determinantes básicos de la salud, tales como los servicios de agua y saneamiento, deben ser accesibles físicamente. Las infraestructuras de salud, bienes y servicios deben estar al alcance de todos, y cualquier pago debe estar basado en el principio de equidad para que las familias más pobres no soporten una carga desproporcionada de los gastos relacionados con la salud. Los Estados deben garantizar que toda persona tiene el derecho a buscar, recibir y difundir información sobre la salud, en equilibrio con la confidencialidad de la información médica; iii) **Aceptabilidad**. Las infraestructuras de salud deben ser respetuosas con la ética médica y la cultura de los individuos y las comunidades, así como prestar atención a los requisitos de géneros y relativos al ciclo de la vida; y iv) **Calidad**. Las infraestructuras de salud deben ser científica y médicamente apropiadas y de buena calidad. Entre otras cosas, esto requiere la provisión de medicinas y equipos necesarios, profesionales médicos formados y el acceso a agua y saneamiento” (Red-DESC S/N).

Al respecto, Currea (2005) presenta obligaciones básicas para los Estados a partir del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y culturales, entre las cuales figuran las siguientes: i) garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados; ii) asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada u segura u garantice que nadie padezca hambre; iii) garantizar el acceso a un hogar,

una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable; iv) facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS; v) velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud; y vi) adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacional de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población.

Por otra parte, en el marco del interés de Perú en formar parte de la OCDE, el gobierno viene participando en estudios de políticas públicas, programas de implementación, entre otros. En este contexto, la OCDE ha desarrollado un marco para medir el bienestar en los países miembros, llamado "¿Cómo va la vida?", el cual también ha sido adaptado para medir el bienestar en países que no son miembros. Uno de los dos pilares que mide este marco es relativo a la calidad de vida y comprende las dimensiones del estado de salud, en donde se presenta fortalezas en algunas áreas y también debilidades. Si bien la población sin problemas de salud y la esperanza de vida, están por encima de lo esperado: la satisfacción con el estado de salud se encuentra por debajo del resultado esperado, lo que podría indicar que la población no percibe la salud como un derecho humano, que el acceso a los servicios de salud es limitado y/o que la calidad de los servicios no es la apropiada.

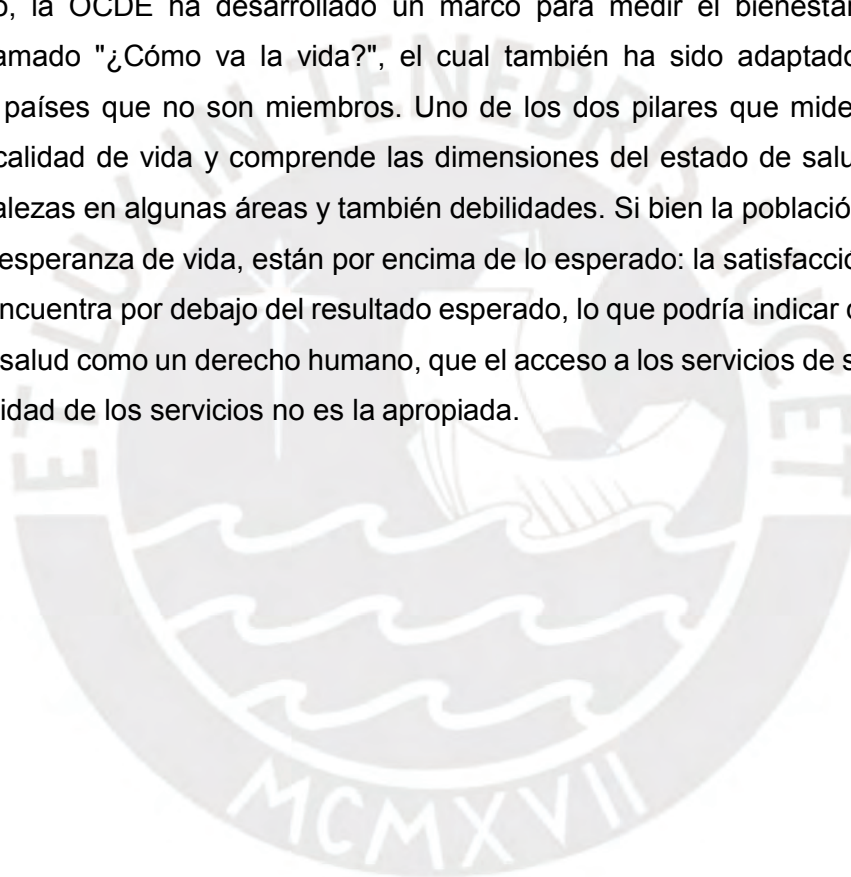
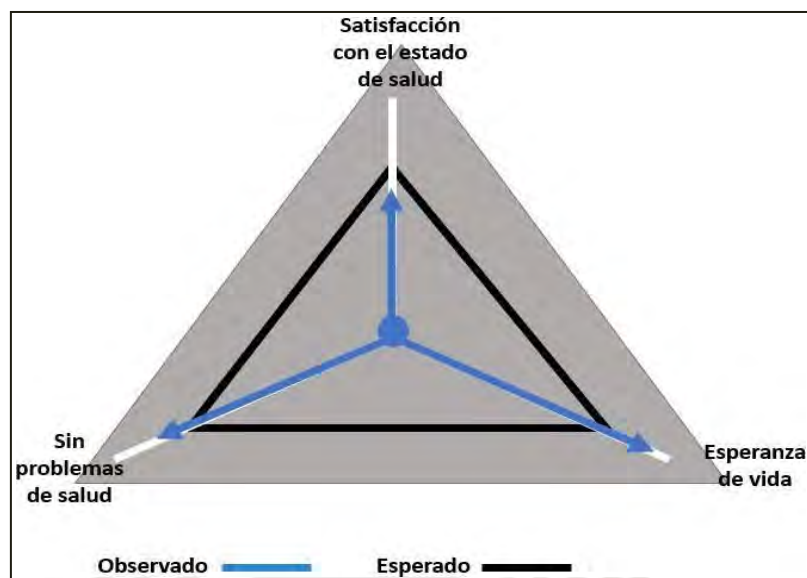


Gráfico N° 1: Salud - Resultados de bienestar actuales y esperados para el Perú



Fuente: elaboración propia a partir de la OECD 2015¹⁰

De acuerdo con la OCDE, para 2015:

“Existen deficiencias importantes en la calidad de vida, en salud, educación y competencias, y empoderamiento y participación, que impiden el avance del Perú. El Perú tiene unos resultados notablemente buenos respecto a la esperanza de vida, pero no tanto en otros aspectos relacionados con el estado de salud (...) La esperanza de vida al nacer en el Perú es de 77 años (76 años para los hombres y 79 años para las mujeres), una cifra que es 1.3 años superior a la media mundial. En este sentido, el Perú muestra un resultado razonablemente bueno atendiendo a su nivel de desarrollo económico. Sin embargo, a pesar de ostentar una esperanza de vida relativamente alta, una cuarta parte de los peruanos declara sentirse insatisfecho con su estado de salud personal, cifra que se sitúa 5 puntos porcentuales por debajo de la media mundial, siendo también inferior a lo que cabría esperar de un país con el nivel de desarrollo económico del Perú” (OECD 2015: 18).

En el marco del derecho a la salud, se habla del derecho a la prevención de enfermedades¹¹, para lo cual los países emplean como herramienta la vacunación. Cuando una persona se

¹⁰ Según la OECD (2015), el gráfico original que engloba una serie de indicadores de diferentes sectores, se realizó utilizando regresiones bivariadas, con el indicador de bienestar como variable dependiente y el PBI per cápita como variable independiente. Al coeficiente de la regresión bivariada obtenido se le aplicó el PBI per cápita real del país para generar el valor esperado de cada indicador. Los resultados observados del país se comparan entonces con el valor esperado para cada indicador. La diferencia entre los valores esperados y los valores observados se expresa de forma estandarizada por la desviación estándar del indicador. La fuente son Cálculos de la OCDE basados en Gallup Organization (2014), Gallup World Monitor; PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (2014), International Human Development Indicators, [Ver](#); UIS (Instituto de Estadística de la UNESCO) (2013), UIS Data Centre, UNESCO, [Ver](#); Banco Mundial (2014), World Development Indicators, Washington, DC, [Ver](#); PISA 2012 de la OCDE; Transparencia Internacional (2014), Índice de Percepción de la Corrupción, [Ver](#).

¹¹ Publicaciones como “Vacunas: el derecho a la prevención - 1a ed. - Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación: Ministerio de salud de la Nación, 2012”, detallan por qué las vacunas son vistas como la herramienta fundamental del derecho a la prevención de enfermedades.

vacuna se protege a sí misma, evitando enfermedades inmunoprevenibles, pero además protege a los otros miembros de la comunidad ya que evita el posible contagio de tales enfermedades. Por este motivo, el Estado debe garantizar la vacunación a la población de su territorio.

Acosta (2015) desde una perspectiva de derechos humanos, abre el debate sobre la seguridad de las vacunas y la libertad de elección desde una perspectiva de derechos humanos. Para lo cual, propone un balance entre la salud pública como interés legítimo y la protección de los derechos individuales. De acuerdo con los principios del derecho internacional de los derechos humanos para que las personas ejerzan su derecho al acceso a vacunación deben otorgar su consentimiento, ellos tienen la capacidad para ejercer su libertad de elección frente a la vacunación. Sin embargo, debe tener en cuenta que las intervenciones médicas violan el derecho a la privacidad y la integridad física, la limitación a estos derechos es legítima solo si la política de vacunación del Estado está provista por ley, y es estrictamente necesaria, ante lo cual el Estado debe considerar recursos efectivos ante posibles daños, aun cuando sean atribuibles a conductas particulares.

Sistema de Salud en Perú

Según la OMS, un sistema de salud engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud. La mayoría de los sistemas de salud nacionales comprenden el sector público, privado, tradicional e informal. Las cuatro funciones principales se han definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión.

El Sistema de Salud en Perú presenta una estructura fragmentada, según la cual el sector público es administrado por el Ministerio de Salud (MINSA), el Sistema de Seguridad Social conocido como EsSalud y un tercer gran grupo en el cual se encuentran: la sanidad de la Policía Nacional del Perú (PNP); Entidades Prestadoras de Salud (EPS), clínicas, aseguradoras privadas, entre otros. La autoridad sanitaria máxima y el ente rector del Sistema Nacional de Salud es el Ministerio de Salud -MINSA. La Ley General de Salud (Ley N° 26842) asigna al MINSA la dirección y gestión de la política nacional de salud, así como la supervisión de su cumplimiento de conformidad con la política general del Gobierno. También, establece que el Gobierno es garante de proveer los servicios de salud pública a toda la población y que la salud individual es una responsabilidad compartida por el individuo, la sociedad y el Estado (Alcalde-Rabanal y otros 2011).

Los servicios de salud administrados por el MINSA se brindan por medio del Seguro Integral de Salud (SIS), el cual fue creado en el 2002 y en el 2008 fue calificado como Organismo Público Ejecutor, que tiene por “finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con

un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema” (SIS 2011). Es así como, para personas que no tienen cobertura de salud y que califican como elegibles en el Sistema de Focalización de Hogares del Ministerio de Economía y Finanzas (SISFOH) el Estado se proporciona la cobertura del SIS gratuito. Así mismo, el SIS ofrece seguro de salud “semicontributivo” y “semisubsiado”, a personas que trabajan de manera independiente y que se encuentran calificadas por SISFOH, a grupos familiares (titular, cónyuge o conviviente e hijos menores de 18 años) y a microempresas.

En cuanto a la responsabilidad del Estado en el Sistema de Salud en el Perú, se tiene las siguientes responsabilidades de acuerdo con ley:

Tabla N° 5: Responsabilidad del Estado en el Sistema de Salud en el Perú

	Responsabilidad	De acuerdo a ley.
Estado	Determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos los accesos equitativos a los servicios de salud	Constitución Política del Perú - Artículo 9°
La Autoridad de Salud	Se organiza y se ejerce a nivel central, desconcentrado y descentralizado. La Autoridad de Salud la ejercen los órganos del Poder Ejecutivo y los órganos descentralizados de gobierno, de conformidad con las atribuciones que les confieren sus respectivas leyes de organización y funciones, leyes orgánicas o leyes especiales en el campo de la salud.	Ley N° 26842, Ley General de Salud - Artículo 122°
Ministerios	Diseñan, establecen, ejecutan y supervisan políticas nacionales y sectoriales, asumiendo la RECTORÍA respecto de ellas.	Artículo 22°, numeral 22.1 Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo (LOPE)
El Ministerio de Salud	Es un órgano del Poder Ejecutivo. Es el ENTE RECTOR del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana	Artículo 2° Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud

Fuente: elaboración propia a partir del Minsa 2011. [Ver](#)

Además de lo mencionado, según el MINSA (2011) el sistema de salud (sector salud) en el Perú está constituido principalmente por el Ministerio de Salud, Prestadores de Servicios, Compradores o Financiadores Institucionales de Servicios, Entidades formadoras de Recursos Humanos en Salud, Entidades productoras de otros recursos en salud, Agencias o dependencias de otros Sectores del Estado con actividades de impacto sobre la salud o sus factores determinantes, Otros niveles gubernamentales con actividades relacionadas con la

salud colectiva o con repercusiones en ella, Sociedad Civil organizada en torno a actividades en el campo de la salud, y la población, en tanto sea competente para el cuidado de la salud.

Políticas Públicas sobre inmunizaciones

Beltrán y Grippa (2006) realizan un estudio detallado de políticas efectivas para reducir la mortalidad infantil en el Perú, entre ellas el seguimiento del esquema de vacunación, acotado a niños en su primer año de vida. Entre otros, identifican diversos factores que hacen a los niños más o menos propensos de recibir el esquema de vacunación completo, durante su primer año de vida; entre ellos, si residen en zona urbana o rural, esto se explica en parte porque el acceso a los puestos de salud en el área urbana es mayor que en área rural. Además, en aquellos distritos ubicados a mayor altitud, es muy usual que los puestos de salud más cercanos sean de difícil acceso y muchas veces no cuenten con personal. Por otra parte, destacan el nivel socioeconómico y el encargado de desempeñar la función de jefe de hogar (madre o padre), sostienen que, a mayor nivel socioeconómico, la familia del niño vive en un distrito dotado de establecimientos de salud, por ende, mayor probabilidad de vacunación. Así mismo, si el jefe de hogar es el padre, las probabilidades de que el niño reciba sus vacunas también son mayores, puesto que la madre puede pasar más tiempo en el hogar para dedicarse al cuidado de sus hijos.

En esta misma línea, pero acotada a un Centro de Salud específico, Medina (2010) analiza los factores que influyen en la asistencia a la Estrategia de Inmunización, por parte de las madres de niños menores de 1 año en el centro de salud Mi Perú – Ventanilla en el año 2007, enfocándose en los factores socioeconómicos (edad, nivel educativo, actividad laboral, ingreso económico) y culturales (costumbres y creencias). Concluyendo en que los factores socioeconómicos y culturales influyen en la asistencia de las madres de niños menores de 1 año, en un 70% y 50%, respectivamente (cifras no excluyentes). Así mismo, recomienda elaborar estrategias que consideren estos aspectos a fin de captar a los niños que no han sido vacunados.

Por otro lado, Cabezas y otros (2014) no hace referencia específicamente a la política de inmunizaciones en Perú, pero sí a los cambios a que sido sometida la ESNI, luego de la aparición de la hepatitis B, como una enfermedad aguda y crónica que generalmente es baja e intermedia prevalencia de infección. Sin embargo, es considerada de alta endemicidad en regiones como la amazonia de Perú y persiste como un gran problema de salud pública. Señalando que los niños son el principal grupo de riesgo para adquirir esta infección, por ello la medida más efectiva es la vacunación infantil. En el Perú, desde 1996, se incorporó la vacuna con la hepatitis B en el programa ampliado de inmunizaciones (PAI), para menores en área de alta endemicidad, y desde el 2003 en el ámbito nacional para todos los menores de 1 año.

Estas zonas habitadas por pueblos indígenas son las que principalmente deben seguir el PAI (hoy ESNi) por ser de alta endemicidad y las serias limitaciones a los servicios de salud.

Gutiérrez y otros (2016) presenta la importancia del uso de evidencia en políticas y el aporte generado para ello por el Instituto Nacional de Salud (INS), señalando que diversos cambios realizados al esquema de vacunación, parte integral de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones, han surgido a raíz del aporte de INS. Realizando para ello, evaluaciones económicas, para demostrar el costo efectividad de algunas vacunas, sobre todo, para menores de 5 años. Adicionalmente, al igual que Cabezas y otros (2014), detalla la importancia de algunos estudios de INS para conocer la percepción sobre vacunación en comunidades nativas, en donde se encontró que las limitantes para vacunar a esta población se presentan por la falta de claridad sobre el potencial beneficio para la comunidad, relacionada a cuestiones religioso-culturales, a sus condiciones socioeconómicas y su fragmentada comunicación con el estado y el sistema de salud peruano.

Por lo anteriormente expuesto, los estudios realizados en el Perú en materia de Políticas de Inmunizaciones (vacunación) están referidos a algunos cambios que ha sufrido el PAI, ahora ESNi y específicamente el esquema de vacunación, que según la corriente conductista expuesta por Muller (2007) han surgido a raíz de hallazgos importantes como enfermedades inmunoprevenibles que van ganando espacio en algunas regiones de Perú y que bajo el enfoque de implementación Bottom-up (Ortegón 2015) la implementación de la ESNi aparece ante el surgimiento de dichas enfermedades que causan alarma y tensión en la población. Así mismo, coinciden en que para que la ESNi se implemente a nivel nacional es necesario prestar especial atención al enfoque multicultural (accesibilidad cultural) y las características geográficas, especialmente en las regiones con mayor población en áreas rurales, ya que representan un reto latente para el Gobierno. Sugieren, además, que es importante evaluar los mecanismos que se establecen para su implementación a fin de detectar factores en el proceso de implementación que requieran de especial atención.

1.2. Características de la ESNi

En el presente capítulo, se presenta en primer lugar el contexto mundial e internacional de las inmunizaciones, esto con la finalidad de tener una visión panorámica de los intereses de la comunidad internacional en torno a inmunizaciones y comparar el desempeño del Perú en un grupo de países de condiciones y características similares. Del mismo modo, presenta la evolución de las cifras en cuanto cobertura de vacunación de niños menores de 36 meses en el Perú en los últimos 5 años (2013 – 2017), a fin de identificar años de quiebre en donde

centrar la evaluación de los factores que influyen en la implementación de la ESNI. Para ello, se analiza la concepción de la ESNI en el marco de la Política Nacional de Inclusión Social, su vinculación multisectorial y el proceso que sigue su implementación.

En tal sentido, la evaluación de proceso se orienta a analizar y ponderar la valoración los factores clave que influyen en los resultados de la implementación de la ESNI, relacionados a: i) normatividad y herramientas, ii) gestión de suministros, iii) impulso político y iv) coordinación entre actores.

1.2.1. Contexto mundial y nacional de la implementación de la ESNI

El aspecto más significativo del contexto mundial cercano a los años de estudio está dado por la suscripción del el Plan Mundial de Vacunas 2011 – 2020 (GVAP por sus siglas en inglés, Global Vaccine Action Plan), por parte de todos los países Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre ellos Perú, en el mayo del 2012. “Este Plan representa un esfuerzo para extender los logros mundiales en materia de inmunización al próximo decenio; además de seguir exhortando a los gobiernos a mantener el compromiso de proteger a sus poblaciones contra las Enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV). Perú tiene el compromiso de continuar con los esfuerzos para la eliminación y control de las EPV, particularmente la poliomielitis, el tétanos neonatal, el sarampión y la rubéola. También se compromete a reportar diferentes datos de vacunación y de vigilancia de EPV a la Organización Panamericana para la Salud (OPS)/OMS para el monitoreo regional de los avances del Plan; esto se hace de manera anual a través del reporte en conjunto para inmunizaciones de OPS/OMS y UNICEF” (OMS 2014)

Según la OMS (2016) en el resumen del examen a mitad de ejecución del Plan de Acción Mundial por un grupo de expertos de la OMS en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunizaciones, considerando el progreso de las inmunizaciones desde el 2012, existe un proceso lento hacia el logro de los objetivos de erradicación de poliomielitis, eliminación del sarampión y rubeola, eliminación del tétanos y ampliación del acceso equitativo a vacunas. En el 2015, 68 países¹² no alcanzaron la meta de al menos el 90%¹³ de cobertura nacional con la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina, 26 países comunicaron que no había cambio alguno en los niveles de cobertura, y 25 países un descenso considerable en comparación con el 2010. Así mismo, señalan que aquellos países que entraron con una

¹² Los países Miembros de las Naciones Unidas pueden llegar a ser miembros de la OMS aceptando su constitución, países externos también podrían ser admitidos presentando su solicitud a la OMS y luego de que está sea aprobada por la Asamblea de la Salud. Actualmente la OMS está constituida por un total de 194 Estados Miembros. [Ver](#)

¹³ Meta establecida en el GVAP para el año 2015: “El objetivo fijado en la visión y estrategia mundial de inmunización para el periodo 2006–2015, indica que, en 2015 la cobertura de las poblaciones destinatarias debería alcanzar al menos el 90% de cobertura nacional de vacunación” pp.27. [Ver](#)

alta cobertura de inmunización y la mantuvieron hasta el 2015, vienen trabajando en objetivos más ambiciosos y es que según la OMS el nivel referencial para saber si la población está protegida es el 95% de cobertura.

La OMS¹⁴ sostuvo que, en 2016 19,5 millones de lactantes de todo el mundo quedaron fuera del alcance de los servicios de inmunización sistemática, por ejemplo: la DTP3¹⁵ y alrededor del 60% de ellos viven en 10 países, entre ellos: Angola, Brasil, Etiopía, India, Indonesia, Iraq, Nigeria, Pakistán, República Democrática del Congo y Sudáfrica. Esto señala que la gran mayoría de los países del continente americano no se encuentran en el extremo más bajo de los países con menores cobertura de vacunación.

La OPS es un ente internacional en salud pública, representa la oficina de la OMS para la región de las Américas, compuesta por 52 países, entre ellos Perú. Luego de hacer un análisis de la cobertura de vacunación en la región de las Américas 2011 – 2015, señala que la cobertura regional para DPT3 descendió, pasando del 94% en el 2011 a 91% en el 2015, caso similar para otras vacunas. Ante esta alarma, muchos países de región han empezado a realizar cambios en la implementación de su estrategia de inmunizaciones, por ejemplo: Honduras a partir del 2015 empezó a utilizar como denominador la proyección de su último censo que, comparado con el censo anterior, mostro una reducción del denominador de menores. Si bien los cambios en la metodología son importantes para saber realmente como se avanza en inmunizaciones, actualmente, se enfatiza en que los cambios deben orientarse en evitar la tasa de deserción: “si en la Región lográramos vacunar a estos niños que ya han estado en contacto con el sistema de salud al haber recibido la primera dosis, la cobertura regional sería superior al 95%” (OPS 2016).

En el informe mencionado, también se resalta que, en algunos países como Ecuador, se ha identificado que la baja cobertura y baja deserción, refleja un problema de acceso a los servicios de salud. Lo cual estaría ocasionado por la falta de prioridad política de las inmunizaciones, sobre todo en los niveles municipales, la débil coordinación entre los diferentes niveles administrativos, incumplimiento de los mecanismos de vigilancia y rendición de cuentas.

La OMS/OPS, UNICEF, MINSA y demás actores, coinciden en sus diferentes informes, respecto a la importancia de monitorear el desempeño de la cobertura de vacunación para las principales vacunas, y revisar de manera periódica proceso de implementación del servicio de vacunación, ya que esto permite establecer planes de acción y alianzas estratégicas para

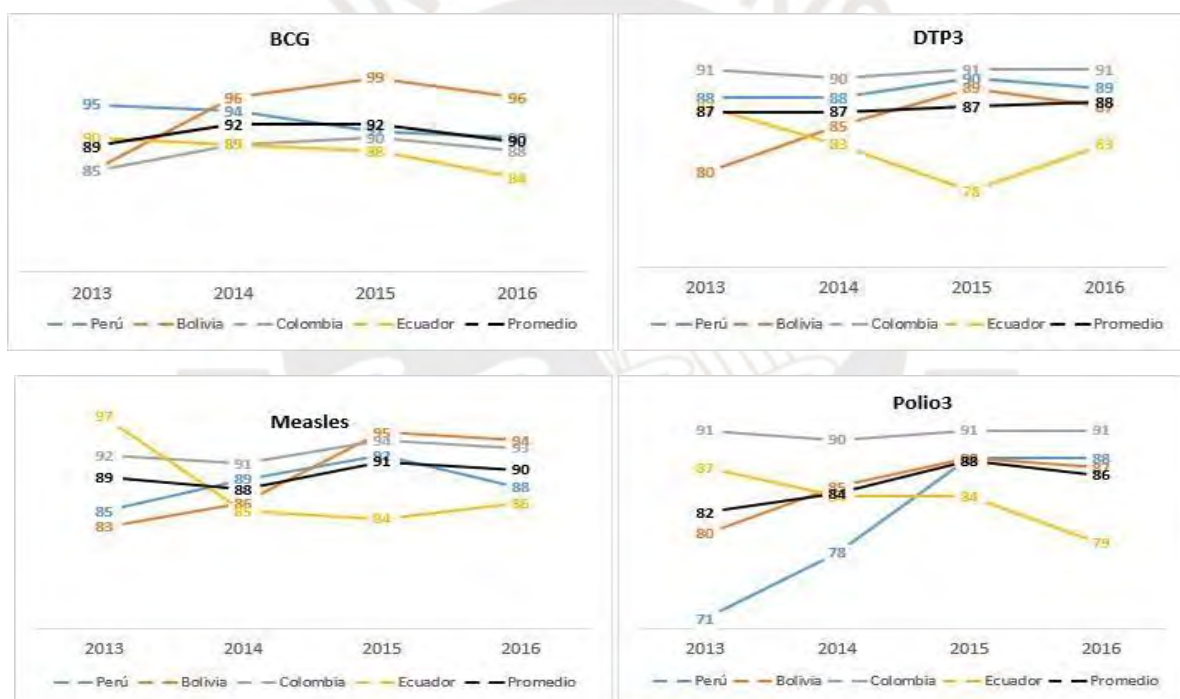
¹⁴ La OMS informa periódicamente información sobre la cobertura vacunal. La siguiente cita, fue extraída de los principales retos señalados, en la nota descriptiva publicada en julio 2017, cuyas cifras tienen corte al 2016. [Ver](#)

¹⁵ Vacuna Antidiftérica-Antitetánica-Antipertusis (DTP) está indicada para la inmunización activa contra el tétanos, difteria y pertusis (tos ferina o tos convulsiva). [Ver](#)

elevar las coberturas más bajas y con ello se garantice una mejor calidad de vida de las personas, en especial de niños.

En base a los informes por países, elaborados por el Ministerio de Salud correspondiente y formularios conjuntos de informes de la OPS/OMS/ UNICEF, donde se presenta las cifras de la Cobertura de Vacunación, es posible comparar el desempeño de cobertura de vacunación de Perú con otros países. En opinión de expertos entrevistados, el desempeño de Perú podría ser comparado con el de países de similares condiciones los cuales podrían representarse en el grupo de los países de la Comunidad Andina de las Naciones (Ecuador, Bolivia y Colombia). Es así como para este análisis se tomaron las principales vacunas, entre las que se tiene: BCG¹⁶, DTP3, Sarampión y Polio 3, para cada uno de los países antes mencionados.

Gráfico N° 2: Cobertura para principales vacunas* – Países de la Comunidad Andina
cifras porcentuales



*Clasificación de principales vacunas según OMS. No se encuentra información disponible sobre cobertura registrada en el 2017.

Fuente: elaboración propia a partir de: Country reports and PAHO/WHO-UNICEF Joint Reporting Forms (JRF). [Ver](#)

Para el caso de la BCG, la Vacuna de Bacillus Calmette-Guerin (BCG), que proporciona inmunidad o protección contra la tuberculosis y se inyecta en la piel (intradérmica), Bolivia es el país con un mejor desempeño en cobertura, llegando cerca del 100% en el 2015. Todos los países registraron una menor cobertura en el 2017, siendo Ecuador el país que, durante el periodo de los 4 años, ha ido descendiendo en mayor cantidad su cobertura en cuanto a esta vacuna.

¹⁶ Vacuna de Bacillus Calmette-Guerin (BCG), proporciona inmunidad o protección contra la tuberculosis, se inyecta en la piel (intradérmica) ([Ver](#)).

En cuanto a la cobertura de DTP3, Vacuna Antidiftérica-Antitetánica-Antipertusis, está indicada para la inmunización activa contra el tétanos, difteria y pertusis (tos ferina o tos convulsiva). Colombia, Perú y Bolivia, llegaron a ubicarse por encima del promedio en el 2015. Estas cifras se mantuvieron casi similares para el caso de Colombia y Perú en el 2016, sin embargo, Bolivia registro una cobertura 2% menor que el año anterior. Por su parte, Ecuador que en el 2015 registro la menor cobertura de todos los países del grupo, incremento su cobertura 5% en el 2016.

Por su parte, con relación a la vacuna contra el sarampión, Perú tiene la mayor caída en el 2013. Aunque la cobertura registrada por Bolivia en ese mismo año fue la menor de todo el grupo (83%). Durante el periodo del 2013 al 2016 se evidencia un crecimiento notable de Bolivia, excepto el último año en que aprecia la caída de un punto porcentual. Por su parte, Ecuador paso de haber tenido una cobertura de 100% en el 2012 a registrar la cifra más baja de todo el grupo en el 2015, que tuvo una ligera recuperación en el 2016.

Finalmente, la cobertura contra la poliomielitis, enfermedad que genera la parálisis irreversible de los músculos y que, según la OMS del total de personas con la enfermedad entre el 5% y 10% muere por la inmovilización de los músculos respiratorios¹⁷, la cobertura más baja del grupo de países fue registrada por el Perú en el 2013, con una diferencia considerable respecto al resto de países, y aunque se recuperó en el 2014, la cifra obtenida en tal año seguía siendo la más baja de todos los países del grupo.

En términos generales, Bolivia se presenta como el país que ha logrado un mayor incremento relativo a sí mismo en años anteriores, sobre la cobertura de vacunación con relación a las 4 vacunas analizadas. Por el contrario, Ecuador se presenta como el país cuya cobertura habría descendido en relación con su cobertura de los años anteriores para casi todas las vacunas, excepto DTP3 en el 2016 y en menor proporción la vacuna contra el sarampión, el mismo año. En términos relativos, Colombia y Perú han tenido una evolución muy cercana al promedio de cobertura de todos los países, excepto en el 2013 donde la cobertura de Perú fue mucho menor a la de los demás países, explicada básicamente por la caída en la cobertura de Poliomielitis.

De otro lado, en el contexto nacional las metodologías más comunes para evaluar cómo avanza Perú en cobertura de vacunación son: la empleada por el MINSA y la empleada por la ENDES, cada una de ellas con críticas a favor y en contra. Siendo la mayor difusión la cifras de la ENDES que promueve el INEI y que forman parte de los indicadores de resultados de los Programas Estratégicos. Estas cifras permiten conocer el avance en los indicadores de los distintos Programas Presupuestales, entre ellos el Programa Articulado Nutricional (PAN), que

¹⁷ La OMS tiene un espacio generado para las preguntas más frecuentes, respecto a diversas enfermedades entre ellas las prevenibles mediante vacunación, como poliomielitis. [Ver](#)

toma como uno de sus indicadores de desempeño la proporción de menores de 36 meses con vacunas básicas completas para su edad.

“La diferencia entre ambas metodologías: ENDES – INEI y MINSA, radica en que la metodología de la primera (ENDES) se basa en sólo una muestra de la población y mide la oportunidad de vacunación, es decir que la vacuna se haya aplicado exactamente a la edad que le corresponde al niño, según el esquema de vacunación, es por ello que, el indicador toma el nombre de “niños menores de 36 con vacunas completas para su edad”. Por su parte, la metodología MINSA se considera en sí mismo un registro administrativo de los niños que reciben su vacuna en un establecimiento de salud del MINSA” (ET9).

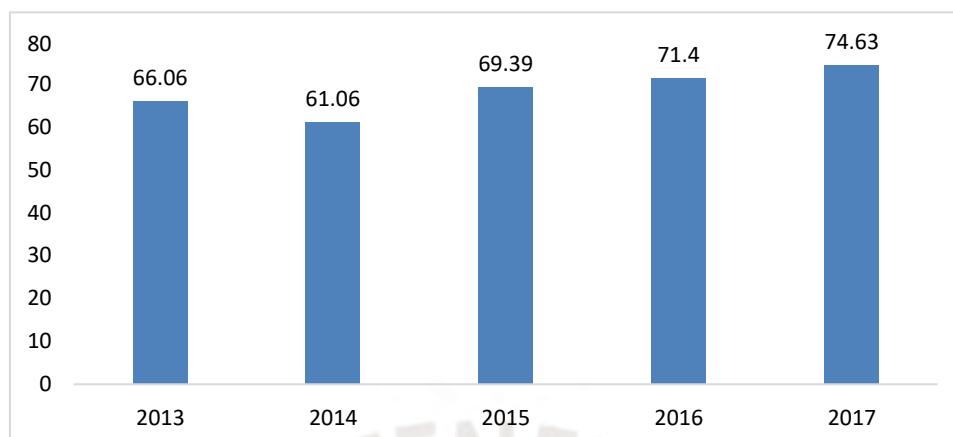
Respecto a la evaluación o desempeño de cobertura de vacunación, UNICEF (2013) señala que las medidas para hacer frente a problemas como la desnutrición crónica y sus efectos deben ser implementadas principalmente en los primeros 36 meses de edad. Del mismo modo, reportes diversos de la OMS indican que la mayor carga de vacunas de los esquemas de vacunación se concentra en los primeros 36 meses. Por lo tanto, analizar este grupo de niños resulta relevante y significativo para conocer la evolución de la cobertura de vacunación.

En Perú, alertas como la de la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza (2014) señalan que las cifras que corresponden a la cobertura de vacunación de niños menores de 3 años (36 meses) se encontrarían por debajo de las cifras para menores de 1 años, y que además se presentó un descenso considerable en el 2013, atribuible en gran parte a factores relacionados a la gestión.

Revisando las cifras de cobertura de vacunación para menores de 36 meses con vacunas básicas completas (gráfico N° 3), según cifras ENDES, señalan que la cobertura del 2014 fue menor aún que la registrada en el 2013, y representa el pico más bajo de los últimos 5 años.

Gráfico N° 3: Perú - Menores de 36 Meses con Vacunas Básicas Completas para su Edad

Cifras Porcentuales a nivel nacional



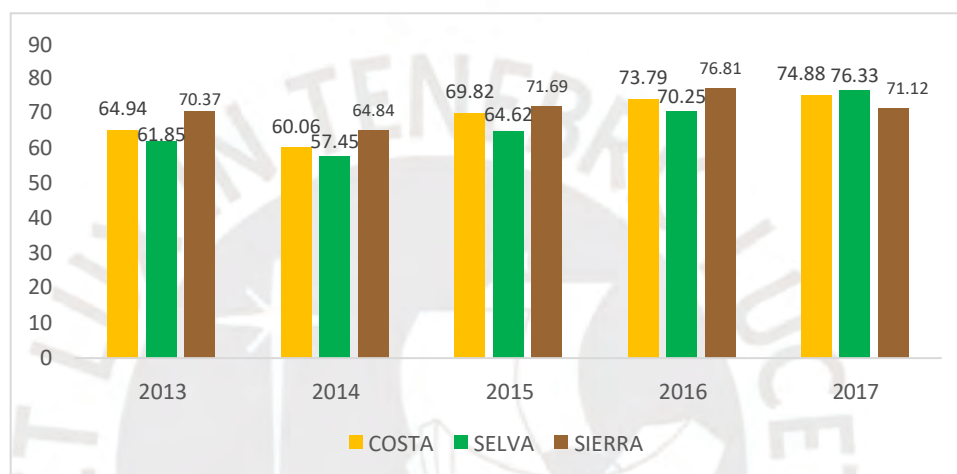
Fuente: elaboración propia a partir del Aplicativo Resulta – MEF (Datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES)

Si revisamos la cobertura a nivel de regionales naturales, haciendo referencia a las características de los departamentos que las componen (Gráfico N° 4), se evidencia que la región selva, es la que históricamente presenta las cifras de cobertura más bajas excepto en el 2017. Hasta antes de dicho año, la región sierra presenta cifras mayores a las reportadas por las otras regiones. En opinión de los entrevistado, esto podría estar explicado en parte porque la zona de sierra fue prioritaria desde la década de los 90 debido al alto número de casos reportados por enfermedades tipo IRA, entre otras, tal como lo comenta la Coordinadora del Programa Nacional de Inmunizaciones 1990 hasta 1999:

“En el año 1990, un equipo de técnicos se sumó a apoyar la gestión del entonces Ministro de Salud, Carlos Vidal, y aunque inicialmente se tenía pensado armar un programa integral destinado al área materno infantil, se terminó por asignar a los distintos profesionales un programa específico. Como profesional a cargo del Programa de Inmunizaciones – PAI, decidí implementar múltiples campañas de vacunación, para ello el apoyo político del ministro, transmitido a las autoridades de los departamentos y el compromiso de las enfermeras para elevar las coberturas de vacunas, nos llevó a trabajar en las zonas más recónditas de VRAEM que en estos años mantenía las coberturas más bajas del país y las mayores tasas de mortalidad producto de enfermedades como: infecciones respiratorias agudas, diarreas severas y poliomielitis. La comunidad se llegó a comprometer mucho con el programa, ya que durante las visitas domiciliarias se les explicaba la importancia de la vacunación para sus niños, esto hizo que tal compromiso se mantenga y sea muy visible, hasta un poco antes del 2005 aproximadamente, en que ya se había cambiado las campañas/ barridos de vacunación por paquetes de recursos económicos de acuerdo con un techo presupuestal asignado a cada dirección de salud, con facultad para asignarlo según sus prioridades”.

Otro de los fundamentos, por los cuales los departamentos de la sierra de Perú habrían alcanzado una mayor cobertura, podría estar explicado en cierta medida por el apoyo del European¹⁸, que desde el 2009 al 2014 oriento recursos para elevar los indicadores de cobertura para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil, entre ellos el indicador de cobertura de vacunación, en los 54 distritos más pobres de los tres departamentos calificados como más pobres del Perú, a decir: Apurímac, Ayacucho y Huancavelica, ubicados en la región Sierra (Cordero y Salhuana 2015: 11).

Gráfico N° 4: Regiones Naturales - Proporción de menores de 36 meses con Vacunas Básicas Completas para su edad (Cifras porcentuales)

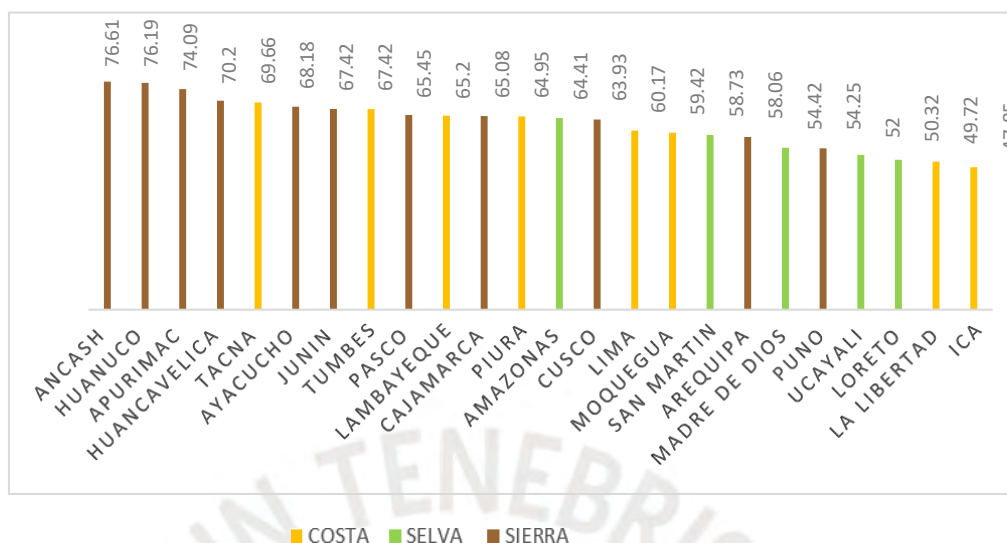


Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

Si revisamos el detalle la cobertura por departamento en el 2014, año en que tal como se muestra se registraron las coberturas más bajas en las tres regiones, encontramos que en medio extremo inferior están ubicados concentrados los departamentos de la selva; por su parte en el extremo que concentra las coberturas más altas de vacunación, encontramos en su mayoría a los departamentos de la sierra, entre los apoyados por el EUROPAN, salvo Tacna que pertenece a la costa, pero aparece dentro de ese extremo.

¹⁸ La Unión Europea suscribió en el 2009, el “Programa de Apoyo Presupuestario al Programa Articulado Nutricional” – EUROPAN, con el fin de contribuir financiera y técnicamente a la implementación del Programa Articulado Nutricional, para acelerar el proceso de reducción de la Desnutrición Crónica Infantil (DCI) y luchar efectivamente contra la pobreza en el Perú, cuyos departamentos beneficiados fueron: Ayacucho, Apurímac y Huancavelica.

Gráfico N° 5: 2014 - Proporción de menores de 36 meses con Vacunas Básicas Completas para su edad (Cifras porcentuales)

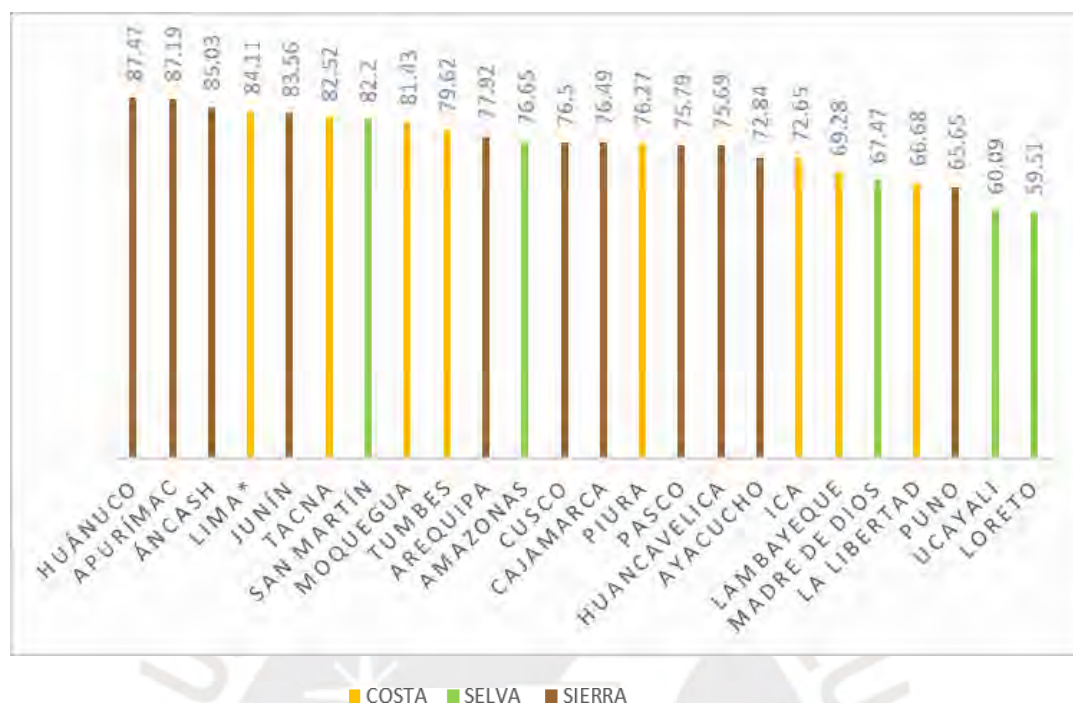


Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

Por otro lado, en el gráfico N° 03, muestra que luego de la menor cobertura registrada en el 2014, el 2017 fue el año en el que la cobertura se habría recuperado significativamente. La agrupación de los departamentos por regiones naturales fue mucho más variada en el 2017 (Gráfico N° 6), si la comparamos con el 2014. Los departamentos de la región selva en el 2017 aparecen dispersos. Sin embargo, se debe resaltar que San Martín habría avanzado en mayor proporción que los demás departamentos de esta misma región, según EO14 esto podría estar explicado porque, en el departamento de San Martín se implementó en el 2015 y 2016 un proyecto denominado: Incorporando una nueva actitud de recurso humano como puente de mejora para el éxito en la implementación de los indicadores sanitarios en los servicios de salud de la red de salud de San Martín, que buscaba, a partir de cambios organizacionales y mecánica de trabajo, elevar los indicadores sanitarios, entre ellos la vacunación de niños.

Así mismo, aunque Huánuco aparezca como departamento de la sierra, en realidad el 40% de su territorio pertenece a la región selva, por lo que al ser el departamento que registró la mayor cobertura de vacunación en el 2017, aporta significativamente a que la región selva reporte la mayor cobertura en relación con las otras dos regiones.

Gráfico N° 6: 2017 - Proporción de menores de 36 meses con Vacunas Básicas Completas para su edad (Cifras porcentuales)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

1.2.2. Concepción de la ESNI en el marco de la Política Nacional de Inclusión

En el artículo 9° de la de la Constitución Política del Perú, se señala que el Estado determina la política nacional de salud y es el responsable de diseñarla y conducirla de tal forma que facilite el acceso equitativo a los servicios de salud. En el Decreto Supremo N° 027-2007-PCM se define y establece las Políticas Nacionales de obligatorio cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional, define las Políticas Nacionales como: “Toda norma que con ese nombre emite el Poder Ejecutivo en su calidad de ente rector, con el propósito de definir objetivos prioritarios, lineamientos y contenidos principales de política pública así como los estándares nacionales de cumplimiento y provisión que deben ser alcanzados para asegurar una adecuada prestación de los servicios y el normal desarrollo de las actividades privadas”. En este documento se establecen 12 políticas nacionales, entre ellas, la N° 6, en materia de inclusión, en cuyo contenido, punto 6.2. se precisa que en el marco de esta política se enmarca el desarrollo de programas destinados a reducir la mortalidad infantil, prevenir enfermedades crónicas y mejorar la nutrición de los menores de edad.

Para la formulación de los lineamientos y contenidos principales de cada una de las políticas nacionales se debe tener en cuenta los acuerdos y compromisos internacionales, entre ellos, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (OSD¹⁹) y demás acuerdos en el marco de la Organización de las Naciones Unidas. Así mismo, a nivel nacional el Plan Bicentenario – Perú al 2021, en su calidad de primer plan estratégico de desarrollo nacional, que al ser aprobado por el Acuerdo Nacional, se convierte en un referente para el establecimiento de los lineamientos de política de los diferentes sectores.

Desde el Sector Salud

En tal contexto, y desde mucho antes de la emisión del DS N° 027-2007-PCM, en junio de 2002 mediante RS N° 014-2002-SA se aprobaron los “Lineamientos de Políticas Sectorial para el Período 2002 – 2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico del Quinquenio agosto 2001 – julio 2006”, proponiendo lineamientos generales que orienten las políticas de salud en el periodo 2002 – 2012. El primer lineamiento es: Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el cual se planteó como medida de respuesta a los problemas prioritarios: i) deficiente salud ambiental, alta prevalencia de enfermedades transmisibles e incremento de las no transmisibles; ii) elevada desnutrición infantil y materna; y iii) elevada mortalidad infantil y materna. Lineamiento de política dentro del cual se enmarcó la implementación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

Además, se aprobó el Plan Concertado de Salud 2007 – 2020, en cuyo lineamiento de política 1: Atención integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención, se establece como objetivo sanitario: Reducir la enfermedad y muerte por neumonía, diarrea y problemas vinculados al nacimiento, con énfasis en las zonas de mayor exclusión y económica.

Posteriormente, se aprobaron los Lineamientos de Política Sectorial de Salud 2011- 2016 que se adecuan al Plan Concertado de Salud, al Plan Bicentenario – Perú al 2021 y a los ODS, en el que establece como uno de los ejes estratégicos: reducción de problemas sanitarios prevenibles y evitables, y dentro de las metas al 2016 en relación a la salud de los niños: i) disminución de la mortalidad, ii) disminución de la prevalencia de la desnutrición crónica y iii) disminución de la anemia; todo ellos enfocados a la población de niños del primer quintil de pobreza, es decir a los más pobre (menos ingresos económicos).

¹⁹ Los ODS fueron fijados en el 2015, anterior estos se contaban con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) fijados en el año 2000. [Ver](#)

Desde el Sector Inclusión Social

Mediante el DS N° 008-2013-MIDIS, se aprobó la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “incluir para Crecer”, la cual se señala en diversos documentos del sector, representa una expresión de la política de desarrollo e inclusión social que busca articular los diversos sectores y niveles de gobierno, para alcanzar el logro de resultados de inclusión social comprendidos en dicha política. En el mismo año, mediante RS N° 413-2013-PCM se constituyó una Comisión Multisectorial de naturaleza temporal, para elaborar y proponer los Lineamientos para la Gestión Articulada Intersectorial e Intergubernamental orientada a Promover el Desarrollo Infantil Temprano, bajo la denominación “Primero la Infancia”, en el marco de la política de desarrollo e inclusión social, estos lineamientos fueron aprobados en el 2016, mediante el DS N° 010-2016-MIDIS, y dentro de sus resultados en el punto 3, se señala: “Preservar el buen estado de salud y nutricional de las niñas y los niños durante los primeros 60 meses de vida, de modo de evitar las deficiencias de micronutrientes en los primeros 24 meses y la instalación de la desnutrición crónica (retardo de crecimiento) antes de los 36 meses”, así mismo, dentro de las intervenciones efectivas para el desarrollo infantil para mantener en buen estado la salud de la niña y niño, se considera a las inmunizaciones.

En cada uno de los lineamientos de política antes citados, tanto en el sector salud como en el de inclusión social, las actividades de inmunizaciones implementadas a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI) ha sido clave para hacer frente a la problemática de mortalidad infantil, enfermedades inmunoprevenibles y desnutrición crónica. La ESNI existió desde 1972 bajo el nombre de Programa Nacional de Inmunizaciones, en 1979 se dio un gran paso al iniciar las actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), anterior a estas fechas se desarrollaban los “Días de vacunación” y a partir del año 1985 se implementaron las “Jornadas Nacionales de Vacunación”, lo que permitió un incremento importante de coberturas de vacunación, pasando de una cobertura del 20% a cerca del 50% a nivel nacional. Sin embargo, tales resultados aún se encontraban lejos del porcentaje de cobertura deseado para alcanzar el impacto epidemiológico objetivo. Por ello, en el año 2001, se incorporó el “Programa Nacional de Inmunizaciones” dentro del “Programa de Atención Integral de Salud del Niño”, y en el 2003 la Ley N° 28010 “Ley General de Vacunas”, declara como obligatorias las actividades de vacunación y que determina la previsión de fondos necesarios que aseguren los insumos y equipos de cadena de frío para el cumplimiento del esquema de vacunación vigente, esto a raíz del compromiso del Gobierno Peruano en mantener a las inmunizaciones como una estrategia prioritaria.

Con fecha 27 de julio del 2004 mediante RM N° 771-2004/MIN se crean 10 Estrategias Sanitarias Nacionales (ESN), definidas como instancias de coordinación, supervisión y

monitoreo; entre ellas se crea la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI), con el objetivo de “mantener el Perú libre de poliomielitis, sarampión y otras enfermedades inmunoprevenibles, mantener coberturas superiores al 95%, inclusión de nuevas vacunas en el esquema nacional de inmunizaciones, adquisición de biológicos y jeringas de excelente calidad, mantener un óptimo sistema de vigilancia epidemiológica” (Ruiz S/N: 11). Según la información proporcionada por los expertos entrevistados para esta investigación, la creación de la ESNI tenía como finalidad reiterar que el campo de inmunizaciones constituía una la prioridad política, técnica y administrativa para el pueblo y Gobierno el área de inmunizaciones.

Por todo lo anteriormente expuesto, dada la importancia de la ESNI en el marco de la Política Nacional de Inclusión, en este estudio se evalúa el proceso de su implementación en el marco de una Política Pública definida por el Gobierno de Perú. Cabe señalar además, que la ESNI cumple con los aspectos comunes con los que según Lahera (2008) cuenta una política pública, a decir: a) un curso de acción; el cual se ve reflejado en la estructura orgánica al interior del MINSA a cargo de su implementación en todos los niveles del Gobierno; b) objetivo público definido de forma democrática; la prevención de enfermedades inmunoprevenibles es un tema que se encuentra siempre presente en la agenda pública; c) desarrollado por el sector público, comunidad y participación del sector privado; se debe precisar que si bien el MINSA es el encargado de dirigir la implementación de la ESNI, se requiere de una participación activa de la comunidad y el sector privado en su calidad de proveedor de insumos necesarios para su implementación; d) agentes que desarrollan estas políticas cuentan con instrumentos o mecanismos, definiciones institucionales y previsión de resultados; la ESNI cuenta con una norma técnica que detalla los procesos y procedimientos para la aplicación del Esquema de Vacunación (la parte medular de la ESNI); por todo lo anteriormente señalado, es posible analizarla en el marco de una política pública como es la Política Nacional de Inclusión. Además, se debe indicar que la vacunación gratuita se encuentra reglamentada por ley, por lo cual, los ciudadanos tienen el derecho de exigir al Estado su implementación.

Para efectos de evaluar el proceso de implementación de la ESNI, se partió del análisis de los resultados de su implementación. En la norma técnica que establece el esquema nacional de vacunación, sección 6.14 c) señala entre los indicadores de resultados que se tendrán en cuenta para su evaluación, el siguiente:

Tabla N° 6: Indicador % meta de cobertura

Indicador	Fuente de Información
Porcentaje de Unidades Ejecutoras, distritos y Establecimiento de Salud con $\geq 95\%$ de cobertura por tipo de vacuna según edad.	Reporte HIS

Fuente: NTS N° 80-MINSA/DGISP V.04. (2016)

En relación con el Esquema Nacional de Vacunación, resulta importante mencionar que las vacunas como cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos²⁰, tiene vinculada su efectividad a diversos factores, entre ellos la edad de los niños que la reciben. Por tal motivo es conveniente contar con un esquema de vacunación, el cual para el caso peruano se encuentra establecido en la ESNI.

Según el Reglamento de Organización y Función del MINSA, aprobado mediante DS N° 007-2016-SA, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública es el órgano de línea del MINSA, dependiente del Viceministerio de Salud Pública, responsable de dirigir y coordinar las intervenciones estratégicas en Salud Pública, entre ellas la ESNI. Las intervenciones estratégicas que esta dirección proponga considerarán las determinantes sociales de la salud y los enfoques de género, interculturalidad y derechos humanos.

La Norma Técnica Sanitaria (NTS) que rige la implementación de la ESNI ha sufrido dos modificaciones importantes en el periodo de estudio, específicamente en los años 2013 y 2016. Según ET17, experta que formó parte del equipo encargado de la actualización de la ESNI para el 2016; la versión de la NTS aprobada en el 2013 implicó algunos cambios que en el esquema de vacunación que trajo repercusiones en la cobertura. Antes del 2013 el esquema consideraba para los niños entre 2 y 4 meses varias vacunas en suspensión oral, algunas de las cuales con la actualización de la NTS 2013 pasaban a su modalidad inyectable. Al tener una mayor dosis de inyectables, el área intramuscular de algunos niños llegaba a inflamarse, e incrementar su volumen temporalmente, causando alarmas en las madres de familia. Esto era parte de un grupo de efectos que no se había previsto por parte del MINSA, como actor técnico que lidera el proceso de implementación, y motivo a realizar cambios en la NTS el 2016, los cuales no alteraban el esquema de vacunación sustancialmente, únicamente se incorporaron algunos refuerzos posteriores a los 12 meses de edad del niño. En general, la actualización de la NTS del 2016 sirvió para hacer unos ajustes a la NTS del 2013, ajustes no vinculados al esquema de vacunación, pero que en su momento implicaban contradicciones que no se pudieron corregir oportunamente.

Las modificaciones del esquema de vacunación del 2016, con relación al del 2013, según la NTS aprobada presenta cambios como, la incorporación de una dosis de Influenza Pediátrica a los 12 meses de edad (letras color verde en el esquema, tabla N° 7), la incorporación de una dosis de vacuna influenza y una dosis vacuna antineumocócica a los 4 años hasta antes de cumplir los 5 años (letras color verde en el esquema, tabla N° 7). Así mismo, en este esquema

²⁰ Según la OMS las vacunas pueden tratarse, por ejemplo, de una suspensión de microorganismos muertos o atenuados, o de productos o derivados de microorganismos. [Ver](#)

las dos dosis de vacuna antineumocócica para quienes no fueron vacunados previamente, habría sido retirada (letras color rojo del esquema).

Tabla N° 7: “Esquema Nacional de Vacunación”

Grupo objetivo	Edad	Vacuna
Niños menores de un año	Recién nacido (*)	BCG (**)
	Recién Nacido	HVB monodosis (**)
	2 meses	1ra dosis Pentavalente
		1ra dosis Antipolio inactivada inyectable (IPV)
		1ra dosis Vacuna contra rotavirus***
		1ra dosis Antineumocócica
	4 meses	2da dosis Pentavalente
		2da dosis Antipolio inactiva inyectable (IPV)
		2da dosis Vacuna contra rotavirus**
		2da dosis Antineumocócica
	6 meses	3ra dosis Pentavalente Dosis única Antipolio APO
Niños desde los 7 a 23 meses	A partir de los 7 meses	1ra dosis Influenza pediátrica
	Al mes de la primera dosis de influenza	2da dosis Influenza pediátrica
Niños de un año	12 meses	1ra dosis SPR 3ra dosis Antineumocócica Una dosis de Influenza Pediátrica
Niños de un año	De 1 a 1 año 11 meses 29 días que no fue vacunado previamente.	Dos dosis Antineumocócica
Niños de 15 meses	15 meses de edad	Una dosis de Vac. Antiamarílica
Niños de 18 meses	18 meses de edad	Primer refuerzo de vacuna DPT 1er refuerzo Antipolio APO Segunda dosis de SPR
Niños de 2,3 y 4 años con comorbilidad	2,3,4 años 11 meses y 29 días	Una dosis Influenza (****) Una dosis Antineumococcica (****)
Niños de 4 años	4 años hasta 4 años 11 meses 29 días	2do refuerzo DPT 2do refuerzo Antipolio oral Una dosis vacuna de Influenza (****) Una dosis vacuna Antineumocócica (****)

(*) El recién nacido pre término (antes de las 37 semanas), es muy vulnerable a enfermedades Inmunoprevenibles en los primeros meses de vida, por lo que se recomienda iniciar la vacunación tan pronto como sea posible con las dosis iguales a las que se aplican al recién nacido a término.

(**) La vacuna BCG se debe vacunar a los RN a partir de los 2,500 gramos; y a la Hepatitis B en el recién nacido debe darse dentro de las 24 horas de haber nacido, a los RN a partir de los 2,000 gramos.

(***) Tener en consideración que la vacuna contra Rotavirus no puede sobrepasar la edad de 5 meses y 29 días para la primera dosis y la segunda dosis, de la edad de 7 meses y 29 días.

(****) Solo para el 5% de niños de esta edad que tiene factores de con-morbilidad.

Fuente: NTS N° 080 – MINSA/DGSP v.03 y v.04, MINSA 2013 y 2016.

1.2.3. Vinculación multisectorial para la implementación de la ESNI

Como se ha señalado en secciones anteriores la vacunación es la herramienta más costo-efectiva para contribuir a la reducción de la mortalidad de los niños, pero además es vista como una herramienta potente para hacer frente a la desnutrición crónica y mortalidad infantil. Una alimentación inadecuada durante la edad infantil es uno de los principales factores de riesgo de mala salud a lo largo de la vida con consecuencias que impactan en el desarrollo intelectual y social del ser humano. Esta percepción es compartida por los expertos entrevistados, quienes señala que los estímulos del Estado para implementar medidas preventivas de salud pública, radica en que al ser la salud un derecho humano, la población puede exigirla al Estado y este último podrá enfrentar costos excesivos para brindarla, costos que podrían ser menores al implementar medidas preventivas como vacunación. Por lo que, la coordinación multisectorial expuesta por Stein (2017), en materia de vacunación se hace presente principalmente, por parte del MINSA, MEF y Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), en virtud de que el presupuesto asignado a las regiones para las actividades de vacunación se realiza a través del Programa Presupuestal - Programa Articulado Nutricional (PAN) liderado por el MEF y para garantizar que el presupuesto ejecutado se encuentre realmente asociado al cumplimiento de los productos del PAN (entre ellos vacunación), el MIDIS diseñó el Fondo de Estimulo de Desempeño (FED) que se orienta a mejorar la gestión de productos y servicios priorizados de los programas presupuestales.

Presupuesto por Resultados y Programa Presupuestal

Si bien el MINSA es el ente rector en el sector salud encargado de los lineamientos técnicos sanitarios establecidos en la ESNI, el MEF por su parte dio lugar a la creación de la ley N° 28927 “Ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2007” en su capítulo IV implementó por primera vez en el Perú, el PPR, en esta misma ley se establece que su incorporación debe ir acompañada de instrumentos como la programación presupuestaria estratégica, metas físicas, indicadores de resultados y desarrollo de pilotos de evaluación²¹. Así mismo, precisa que la programación presupuestaria estratégica se efectuará a través de los pliegos de diferentes ministerios y niveles de gobierno, y las metodologías serán desarrolladas por la Dirección Nacional de Presupuesto Público. Los expertos entrevistados coinciden en que la intención de la creación del PPR es contribuir a que los recursos del Estado asignados a los distintos ministerios o pliegos presupuestales sean empleados de manera eficiente y efectiva; en caso del MINSA comienza por priorizar acciones enfocadas al beneficio directa de las gestantes y niños.

²¹ Ley de presupuesto 2007.

Como se ha señalado anteriormente, en esta sección se presentan dos de los principales programas o iniciativas, que, desde ministerios distintos al MINSA, buscan en el marco de la Nueva Gestión Pública, contribuir a la eficiencia y efectividad de las acciones gubernamentales contra la Desnutrición Crónica y en la que la implementación de la ESNI juega un rol importante, esto nos permite además identificar actores externos al MINSA que participan indirectamente en su implementación.

Programa Articulado Nutricional

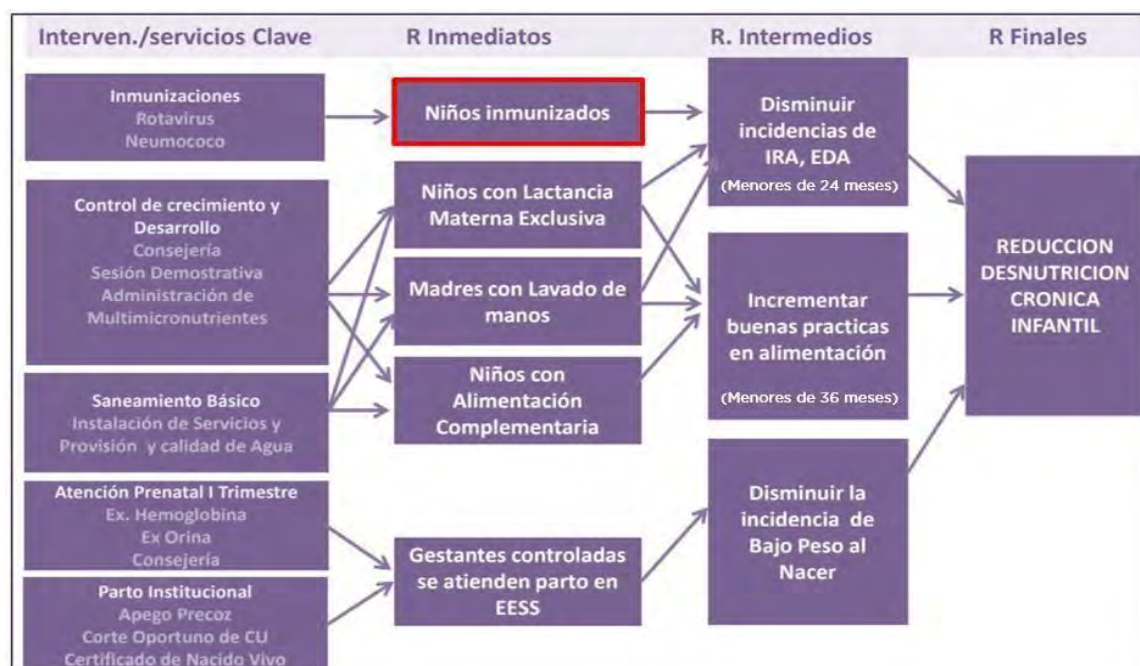
Luego de la creación del PPR; mediante la ley N° 29142 “Ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2008”, se implementa entre otros programas estratégicos: el PAN, correspondiente al pliego del Ministerio de Salud. En esta misma ley se precisa que los pliegos y sus respectivas Unidades Ejecutoras deberán diseñar su Plan Operativo Institucional (POI) considerando los programas incorporados en el Presupuesto Institucional 2008 a nivel de Programas Estratégicos. En el 2008 se definirían la línea de base para medir los programas estratégicos y las metas nacionales y regionales a alcanzar en el 2011²².

El PAN se diseñó con el objetivo de disminuir la prevalencia de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años, contribuyendo entre otros al ODM 4; para ello articula diversas intervenciones de carácter intersectorial e intergubernamental, buscando establecer sinergias entre ellas que permitan alcanzar, los productos y el objetivo o resultado del programa (Mesa de Concertación para la lucha contra la pobreza, 2012). El modelo conceptual del PAN establece entre las causas directas de la desnutrición, la morbilidad por infecciones en niños menores de 24 meses de edad, la cual estaría vinculada con: i) niño que no recibe lactancia materna; ii) niño no vacunado para rotavirus, y iii) niño no vacunado contra la enfermedad neumocócica.

Según diversos documentos del MINSA la prevalencia de desnutrición crónica en los niños menores de 5 años inicia mucho más temprano, en los niños menores de 36 meses. Esto explica en gran medida porque la gran mayoría de los indicadores del PAN tiene cortes a los 24 y 36 meses de edad, lo cual es visible en el marco lógico del PAN.

²² En la ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2008, artículo 15.4 se precisa que se establecerá la línea de base e indicadores metas a alcanzar. [Ver](#)

Figura N° 4: Modelo lógico: Programa Articulado Nutricional



Fuente: Adaptación de Solís (2013) a partir de datos del Ministerio de Salud

En el modelo operacional de los productos del PAN, se tiene al producto: Niños con vacuna completa. En el anexo 2- Contenidos Mínimos el PAN, se señala como indicadores de desempeño del producto, los siguientes:

1. Proporción de menores de 36 meses con vacunas básicas completas para su edad.
2. Proporción de menores de 12 meses con vacunas básicas completas para su edad.
3. Proporción de menores de 12 meses con vacunas contra el rotavirus y neumococo para su edad.

En el mismo documento, se precisa que, como parte de la definición operacional del producto, para considerar un niño o niña con vacunas completas de acuerdo con su edad, se debe tener en cuenta lo establecido en la Norma Técnica que establece el Esquema Nacional de Vacunación elaborado y aprobado por el MINSA. Por su parte, la ESNI en el numeral 6.14 d) hace referencia a los indicadores de desempeño que se considerará para el resultado del PAN y señala que para efectos de la programación de estos indicadores se tendrá en cuenta a la encuesta ENDES.

Fondo del Estímulo de Desempeño

Por otra parte, en el 2011 mediante la ley N°29792 se crea el MIDIS con “la finalidad de mejorar la calidad de vida de la población, promoviendo el ejercicio de derechos, el acceso a oportunidades y el desarrollo de capacidades, en coordinación y articulación con las diversas entidades del sector público, el sector privado y la sociedad civil”²³.

En el 2013, el MIDIS aprueba la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer”, en donde el Desarrollo Infantil Temprano aparece como uno de los ejes estratégico-priorizados y a la vez como una de las prioridades de política pública para el país. Ese mismo año, con la finalidad de impulsar el logro de los resultados establecidos en “Incluir para Crecer”, se comienza a diseñar el FED a cargo del MIDIS y del MEF, y se crea mediante la Octogésima Cuarta Disposición Complementaria Final de la Ley N° 30114 - Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2014, como un fondo orientado a mejorar la gestión de productos y servicios priorizados de los programas presupuestales vinculados al Desarrollo Infantil temprano (DIT), uno de ellos el Articulado Nutricional (PAN). El presupuesto del FED se incorpora en la fuente Recursos Determinados de los gobiernos regionales que hayan suscrito los Convenios de Asignación por Desempeño (CAD), en base al cumplimiento de los compromisos asumidos que tienen por objetivo asegurar la adecuada provisión de los servicios priorizados.

Según la información de acceso público del MIDIS, actualmente se cuenta con 25 CAD con los Gobiernos Regionales, el ámbito de medición que prioriza el FED son los distritos de quintil 1 y 2 de pobreza regional, con la finalidad de contribuir al cierre de brechas en el acceso a servicios de manera integral y oportuna.

“El FED ha sido una herramienta útil para garantizar el uso adecuado de los recursos por los Gobiernos Regionales. Ha contribuido a acercarnos a las metas en cuanto coberturas de vacunación y demás indicadores en el marco del PAN. Dado que este presupuesto es asignado a los Gobierno Regionales, el apoyo de estas autoridades para mejorar los indicadores es visible en la mayoría de los casos, ya que están monitoreando el trabajo desde la DIRESA y las redes de salud”. (Entrevistada ET10)

Según los expertos que trabajaron o vieron de cerca la gestión del MIDIS durante los años de este estudio, el apoyo del FED a incrementar las cifras de cobertura de vacunación ha sido notorio, debido a que los Gobierno Regionales deben garantizar: i) mantener un stock adecuado de vacunas en los establecimientos de salud, y ii) recursos humanos para su aplicación, el segundo ha sido siempre una constante de riesgo, ya que en las regiones se

²³ Sección extraída del artículo 5, de la ley N° 29792: Ley de creación, organización y funciones del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. [Ver](#)

contrataban enfermeras para hacer múltiples responsabilidades, dentro de ellas vacunar. En el marco del FED y los compromisos asumidos por las regiones, en algunas de ellas se ha podido verificar en el 2015, 2016 y 2017 un mayor número de enfermeras y personal técnico trabajando en campo para incrementar las coberturas de vacunación.

Por lo hasta aquí expuesto, este estudio toma en consideración el enfoque de la corriente conductista de las políticas públicas (Valencia y Álvarez 2008), centradas en las decisiones y acciones de Gobierno relacionadas la implementación de la ESNI. La misma que será analizada en el marco de una política pública y específicamente en lineamientos vinculados a la misma. Además, la ESNI en sí misma representa la acción gubernamental del Gobierno Peruano dirigida al logro de objetivo en materia de prevención de enfermedades inmunoprevenibles.

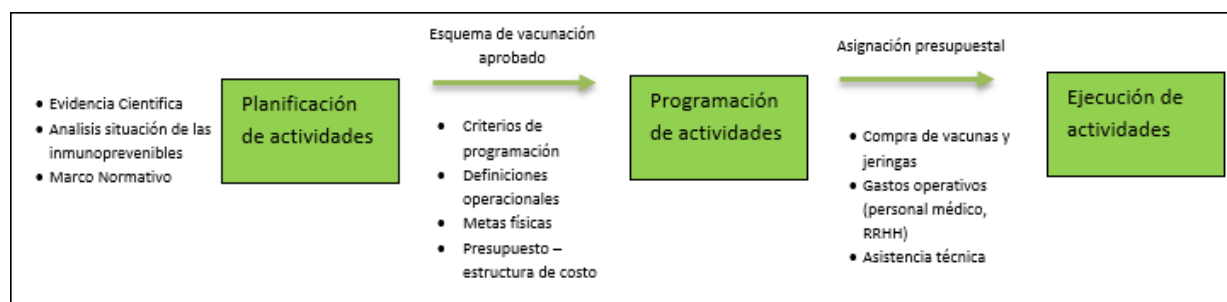
Esta Estrategia Sanitaria es una herramienta para alcanzar los objetivos de la Política Nacional de Inclusión social, y se ampara en la ley General de Salud²⁴ que establece la obligatoriedad de la vacunación a nivel nacional. La ESNI fue adoptada por el Gobierno peruano desde 1972, en virtud de que las inmunizaciones son una herramienta que contribuye a la buena salud de las personas, por ende, contribuyen a la reducción de los recursos económicos públicos destinados a la atención de enfermedades. Así mismo, al ser de alcance nacional los actores políticos y sociales participan y están es posición de cuestionan su orientación (Erazo, Abramovich, Orbe: 2008). Para tal efecto, resulta importante evaluar el proceso de la implementación de la ESNI a fin de identificar factores clave que guardan relación con los resultados esperado en materia de cobertura de inmunizaciones.

1.2.4. Proceso de implementación de la ESNI

Es posible encontrar diversos flujos sobre la obtención del producto: “niño con vacunas completas” y/o hablar el proceso de implementación de la ESNI. Sin embargo, expertos ex - coordinadores de la ESNI señalan que es posible sintetizar el proceso de implementación en tres grandes procesos: i) la planificación de actividades, ii) programación de actividades, y la iii) ejecución de actividades, que implica la gestión de suministro y la distribución de la vacunación.

²⁴ Artículo 80, de la Ley General de Salud (N° 26842), establece que: “Sólo por razones médicas o biológicas podrá establecerse excepciones a la vacunación y revacunación obligatorias, establecida por la Autoridad de Salud de nivel nacional”.

Figura N° 5: Proceso de implementación de la ESNI



Fuente: elaboración propia a partir de entrevistas realizadas.

Con relación a la participación de los actores en el proceso de implementación de la ESNI, el anexo 2 – Contenidos Mínimos del PAN, presenta como parte del modelo operacional del producto: Niños con vacuna completa, la organización para la entrega del producto, indicando las funciones de cada uno de los actores o áreas que participan por parte del Ministerio de Salud. Por su parte, la NTS de la ESNI señala en diferentes secciones las mismas responsabilidades que detalla el anexo 2 de contenidos mínimos del PAN, pero de acuerdo con el nivel de gobierno en el cual se encuentran las entidades responsables.

En el siguiente cuadro se presenta la información desde ambos enfoques, pero además se adiciona un actor importante que participa en la implementación de la ESNI y que no es detallado en el anexo 2 – contenidos mínimos del PAN, pero muy citado por los entrevistados que desempeñan funciones a nivel local, las microredes.

Tabla N° 8. Organización para la entrega del producto “Niños con vacuna completa”

Nivel: Nacional			
Actor: ESNI	Actor: CENARES	Actor: DIGEMID	Actor: OGEI
<ul style="list-style-type: none"> •Elaboración y Aprobación del Esquema Nacional de vacunación •Definición de criterios de programación anual y población objetivo •Formula las Definiciones Operacionales y estructura de costo (listado de insumos). •Estimación de la necesidad anual de vacunas. •Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica a nivel regional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Determina la demanda anual de presupuesto para la adquisición de vacunas. • Comunicación a OPS de la Necesidad Anual de Vacunas • Comunicación a OPS de la confirmación semestral de requerimiento de vacunas a ser adquiridas. • Tramita Registro Sanitario o Certificado de RS de la Vacuna • Solicita a la OGA la nacionalización y desaduanaje de la vacuna • Ingreso de las vacunas al Almacén de la DARES (Acta de Apertura y Ficha de Evaluación, y Nota de Entrada al Almacén (NEA) 	<ul style="list-style-type: none"> •Otorga Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario para la vacuna. •Efectúa verificación y/o pesquisa de las vacunas (Elabora Acta de Verificación y/o Pesquisa) •Remite al INS lotes pesquisados para control de calidad •Comunica a DARES resultados de control de calidad •Consolida y evalúa los stocks de vacuna a través del ICI 	<ul style="list-style-type: none"> • Establece y da a conocer la Población por edades por distrito para la programación. • Pautas para el registro de información • Consolidado de la información por Regiones y distritos • Realiza control de calidad de la información emitidas por IGSS / GERESA /DIRESA/DISA

	<ul style="list-style-type: none"> • Distribución trimestral de las vacunas a IGSS/ GERESA/ DIRESA/DISA/ 		
Nivel: Regional	Nivel: Local		
Actor: DIRESA	Actor: Red de Salud (RS)*	Actor: Microred (MR)*	Establecimiento Salud (ES)
<ul style="list-style-type: none"> • Implementa doc. normativos. • Consolida la programación de UE • Oficializan a DARES el requerimiento trimestral de vacunas • Recepción de las Vacunas • Distribución de vacunas a las RS • Notifica a la ESNI registros de temperatura • Organiza los ES en RS y MR para garantizar la atención. • Monitorea y evalúa la calidad, y oportunidad de la información al nivel operativo. • Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del RH. • Consolida y evalúa stock de vacuna de acuerdo con consumo • Evaluación trimestral, semestral y anual 	<ul style="list-style-type: none"> • Programación de metas físicas según los criterios establecidos. • Programación de presupuesto, cuadro de necesidades por puntos de atención. • Ingresa la programación de los puntos de atención al SIGA.SIAF • Provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad. • Organiza los servicios para brindar la atención. • Realiza control de calidad y consolida la información de los establecimientos de salud. • Brinda asistencia Técnica a los establecimientos de salud. • Evaluación mensual, trimestral y anual de los indicadores de vacunación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se encarga de compilar la información de los ES. • Sistematiza la información de los ES para ser remitida a la RS. • Canaliza a los ES, los suministros para vacunación proporcionados por RS 	<ul style="list-style-type: none"> • Programación de metas físicas. • Organiza el servicio para dar la atención intra y extramural • Desarrolla la actividad garantizando la calidad oportunidad de la atención • Implementan estrategias de intervención para el seguimiento de los niños y mejorar las coberturas. • Monitoreo de la cadena de frío. • Registro de los niños vacunados en Historia Clínica, carné de vacuna, y HIS. • Verificación y registro de Stock de vacuna • Reuniones de trabajo mensual para análisis de indicadores • Trabajo coordinado con los actores sociales de los distritos.

Fuente: elaboración propia a partir del Anexo 2 – Contenidos Mínimos del PAN. Pp. 67 y 68 y aporte de entrevistado (EO13)

CAPÍTULO 2. Metodología de Evaluación

Esta investigación se ha basado en una metodología mixta, específicamente el Diseño Exploratorio Secuencial (DEXPLOS), que Hernández (2010) explica como una metodología que se basa en una recolección de datos cualitativos, para, en base a los resultados construir un instrumento cuantitativo (considerando variables y categorías como ítems). Para esta investigación, se realizó además un análisis de la literatura reciente sobre políticas públicas, ciclo y actores, centrándonos en las políticas públicas peruanas, específicamente en aquella que involucra las actividades de vacunación (implementación de la ESNI) para atender la problemática de salud pública. Asimismo, se profundizó en los procesos de implementación de la ESNI, según las normas técnicas y demás documentos emitidos por el MINSA. Este análisis se complementó con entrevistas a expertos, en una primera etapa para tener una mirada orientadora de la investigación y validar la selección de variables entorno a las cuales, y en una segunda etapa, para identificar y valorar, según la opinión de actores entrevistados, los principales factores que impactan en la implementación de la ESNI.

2.1. Método de investigación

El método de investigación seleccionado para el desarrollo del estudio sigue un **enfoque mixto** que implica según Hernández (2010) la recolección y el análisis de datos cualitativos y cuantitativos, su integración y discusión conjunta, a fin de poder realizar inferencias y generar un mayor entendimiento del fenómeno en estudio. Entre las principales justificaciones para el uso de este enfoque se encuentran la compensación y complementación, entre los enfoques cualitativo y cuantitativo.

A partir de una revisión de desempeño del indicador “menores de 36 con vacunas completas para su edad”, se identificó variaciones importantes comparando las cifras del 2013 y el 2017. En tal sentido, esta investigación se orienta a identificar factores que influyen en el desempeño de dicho indicador, para lo cual, dentro de los diferentes modelos mixtos se escoge el Diseño Exploratorio Secuencial (DEXPLOS) que implica una fase de recolección de datos cualitativos, para que en base a los resultados construir un instrumento cuantitativo (considerando variables y categorías como ítems). En opinión de Creswell (2009) este diseño es apropiado cuando buscamos probar elementos de una teoría emergente producto de la fase cualitativa y pretendemos generalizarla. A continuación, se señalan las fuentes de datos, las herramientas e instrumentos para el desarrollo de cada uno de los objetivos específicos de la investigación:

Tabla N° 9. Herramientas e instrumentos por objetivos específicos

Objetivo 1: Analizar la evolución de la cobertura de niños menores de 36 meses con vacunas completas para su edad.		
Fuente de datos	Herramientas	Instrumentos
Reportes generados por el aplicativo RESULTA – MEF	Bases de datos	Ficheros
Objetivo 2: Describir el proceso de implementación de la ESNI para identificar las distintas etapas y actores involucrados		
Lugares ricos en datos	Herramientas	Instrumentos
Normativa y herramientas técnicas – legales	Revisión de archivos informativos	Ficheros
Informes de la OMS	Revisión de archivos informativos	Ficheros
Experiencia de los gestores públicos	Entrevistas semiestructuradas	Guía de Entrevista
Objetivo 3: Analizar y ponderar las variables: i) normatividad y herramientas, ii) gestión de suministros, iii) impulso político y iv) coordinación entre actores, relacionadas la implementación de la ESNI.		
Lugares ricos en datos	Herramientas	Instrumentos
Experiencia de los gestores públicos	Entrevista semiestructurada	Guía de entrevista y Ficheros
Percepción de los entrevistados sobre ponderación de variables	Método de Hodge y Gillespie	Cuestionario con rango numérico para valoración
Objetivo 4: Analizar y valorar los factores relacionados a las variables: i) normatividad y herramientas, ii) gestión de suministros, iii) impulso político y iv) coordinación entre actores, que guardan relación con el desempeño de la evolución de cobertura de vacunación.		
Lugares ricos en datos	Herramientas	Instrumentos
Informes MINSA, OPS, Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza.	Revisión de archivos informativos	Ficheros
Informes de consulta amigable – MEF (asignación de presupuesto)	Revisión de archivos informativos	Ficheros
Opinión de expertos: i) políticos, ii) técnicos, iii) operativos y iv) sociales	Entrevistas semiestructuradas	Guía de Entrevista
Percepción de los entrevistados – identificación de factores clave	Escala de Likert	Cuestionario con Ítems de valoración

2.2. Revisión de archivos informativos

Para la presente investigación se revisó la literatura clave sobre el tema de análisis, implementación y evaluación de políticas públicas, para conocer donde se sitúa el planteamiento propuesto dentro del campo de conocimiento en el cual nos movemos. Se revisó varias fuentes de información secundaria como: informes relacionados a las prioridades de Gobierno, la normatividad de la implementación de la ESNI, así como, documentos relacionados a la función técnica rectora del MINSA en los distintos niveles de gobierno (central, regional y local).

Para una visión más amplia, se analizó el contexto internacional de las inmunizaciones en donde se tomó como referente las principales vacunas agrupadas por la OMS y las cifras

publicadas por la OPS en su portal web: <http://www.paho.org/data/index.php/es/temas/inmunizaciones/297-cobertura-vacunacion-por-pais.html>. Del mismo modo, se realizó una búsqueda de la evolución de la cobertura de vacunación a nivel nacional, específicamente de la evolución del indicador “menores de 36 meses con vacunas completas para su edad”, en el portal web del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) aplicativo RESULTA: <https://www.mef.gob.pe/es/aplicaciones-informaticas/400-presupuesto-publico/5053-resulta-indicadores-de-desempeno-de-los-programas-presupuestales>.

A fin de identificar el marco de la política pública en que se implementa la ESNI, se realizó una revisión de los Decretos Supremos mediante los cuales se establecen las Políticas Nacionales, siendo el DS N° 027-2007-PCM el que define y establece las Políticas Nacionales de obligatorio cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional, encontrando que “Política Nacional de Inclusión” es aquella en la que se enmarca el desarrollo de programas destinados a reducir la mortalidad infantil, prevenir enfermedades crónicas y mejorar la nutrición de los menores de edad, entre ellas la implementación de la ESNI. Siendo esta Política un acuerdo del Gobierno para la aplicación a nivel nacional, a través de la revisión documentaria se identificó iniciativas relacionadas a la implementación de la ESNI desde ministerios distintos al Ministerio de Salud (rector en la implementación de la ESNI), con la finalidad de analizar su aporte e importancia para la implementación de la ESNI.

2.3. Entrevistas

Se realizó entrevistas en dos etapas, la primera a fin de tener una mirada orientadora sobre el contexto de inmunizaciones en el Perú, el proceso de la implementación de la ESNI, la selección del indicador proxy más representativo sobre el desempeño de inmunizaciones en el Perú. Así mismo, se validó la selección de las variables relacionadas a la implementación de la ESNI a partir de las cuales se identificaron y analizaron los factores claves que relacionados a la evolución de la cobertura de vacunación en Perú. Estas entrevistas fueron de carácter abierto (no estructuradas) se realizó un total de 5 entrevistas, luego de las cuales se seleccionó al indicador: Niños menores de 36 meses con vacunas completas para su edad, indicador de producto dentro del Programa Articulado de Nutrición (PAN) y las variables: i) normatividad y herramientas; ii) gestión de suministros; iii) impulso político, y iv) coordinación entre actores.

Así mismo, la información proporcionada por los entrevistados de esta etapa reforzó la revisión de archivos sobre la implementación de ESNI, y la agrupación de los actores en 4 grupos: políticos, técnicos, operativos y sociales.

A partir de la revisión de la literatura y las entrevistas en la primera etapa, se diseñó una guía de entrevista semiestructurada, la misma que en este estudio se considera la principal herramienta de recolección de datos cualitativos de fuente de información primaria (experiencia de actores). Cabe señalar que, se seleccionó este tipo de entrevista, dado que durante su aplicación permite incorporar otros tópicos que puedan surgir. Esta entrevista está compuesta por 26 preguntas, y fue aplicada a un total de 20 personas, con experiencia en la implementación de la ESNI durante el periodo de análisis (2013- 2017), tanto en el nivel nacional como regional y local. El siguiente listado contiene los actores, debidamente agrupados que asumen protagonismo en las múltiples coordinaciones necesarias para la implementación de la ESNI.

Tabla N° 10. Grupos de Actores Involucrados

Perfil	Actores involucrados	Grado de incidencia	Expectativa frente a la implementación de la ESNI
Actores Políticos	<ul style="list-style-type: none"> Ministro de Salud Presidente Regional Alcalde Municipal Gerencia Municipal de Salud 	Alta	Ampliar la cobertura de vacunación sin necesariamente tener que incurrir en mayor gasto público. Población satisfecha con la distribución del servicio de vacunación.
Actores Técnicos	<ul style="list-style-type: none"> Dirección General de Salud de las Personas Direcciones Regionales de Salud. Gerencias Regionales de Salud. 	Alto	Contar con apoyo político, social y de todos los involucrados en el sector salud para que las medidas, intervenciones estratégicas, documentos normativos (guías, protocolos, normas, etc.) sean aplicados a nivel regional y local.
Actores Operativos	<ul style="list-style-type: none"> Colegio de Enfermeros del Perú Técnicos en Enfermería 	Alto	Contar con guías y documentos normativos coherentes, claramente definidos. Así como, contar con materiales y equipo (infraestructura, cadena de frío, suministros en general, entre otros) necesario para poder realizar su trabajo en las distintas regiones del país.
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> Organizaciones sociales. Representantes comunales. Madres de familia con niños en edad de vacunación. 	Alto	La implementación de la ESNI, cumple su principal función de prevenir enfermedades inmunológicas, sobre todo en niños de temprana edad. Contemplando durante su implementación el enfoque intercultural y llegando a las regiones más alejadas del país.

Para la selección de personas a encuestar, se empleó el **muestreo en cadena o por redes “bola de nieve”**. Hernández (2010) lo define como una técnica de muestreo no probabilística usada para identificar a los actores potenciales que en este caso, podrían aportar información relevante sobre su experiencia en la implementación de la ESNI en el 2014 - 2017, y que así mismo, podrían brindar datos de otras personas quienes también podrían brindar información relevante para efectos del desarrollo del presente estudio.

Para la aplicación de la guía se tuvo en consideración el Reglamento del Comité de Ética para la Investigación de la PUCP, en donde se establecen los principios éticos de rigor que toda investigación debe tener presente, para tal efecto se explicó a los participantes los fines

académicos del estudio, y se solicitó su Consentimiento Informado. Considerando que los temas relacionados a salud pública pueden ser muy controversiales, se optó por guardar la identidad de los entrevistados, codificándolos para poder citarlos en el desarrollo del estudio.

Como material para la entrevista a los actores identificados se empleó audio grabación de los informantes y/o se tomó nota de cada una de las entrevistas, de sus opiniones y aspectos que requieran ser abordados o investigados con mayor profundidad. Tales entrevistas se realizaron en diversas fechas de 2017 y 2018, llegando a entrevistar a 17 informantes que estuvieron directamente relacionados con la implementación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI).

Con las entrevistas se confirmaron algunas de las hipótesis de trabajo, en relación con los factores que influyen en la implementación de la ESNI, y se identificó aspectos que no se habían considerado en la hipótesis planteada inicialmente. Por ello, como parte de la evaluación del proceso de implementación de la ESNI se considera importante narrar de manera detallada el proceso a partir de lo que los informantes describieron y manifestaron.

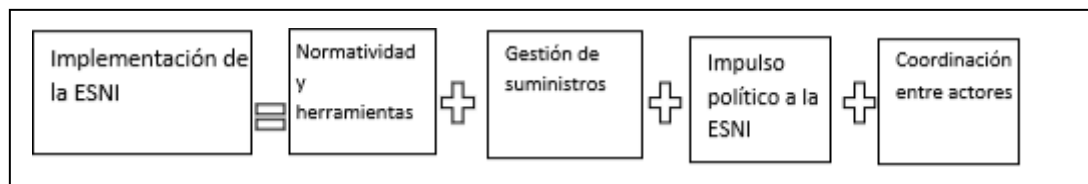
2.4. Factores y evaluación

A partir de la revisión bibliográfica complementada con las entrevistas a expertos técnicos en salud pública, esta investigación parte asumiendo la existencia de una variable dependiente y cuatro dimensiones o grandes variables con las que guarda relación y que representan por si mismas variables independientes que a su vez son afectadas por diversos factores. Por tal razón, esta investigación se concibe como de **tipo explicativa**. La selección de las siguientes variables independientes estuvo condicionada a la existencia de estudios precedentes y opinión de expertos técnicos que señalan la existencia de relación entre las mismas, además del acceso a las fuentes de información identificadas, y finalmente, la posibilidad de realizar entrevistas a profundidad para conocer los principales factores que las afectan.

- i) normatividad y herramientas
 - Factores: cumplimiento con estándares internacionales; procedimiento operativo acorde con normativa vigente; enfoque de interculturalidad en la implementación de la ESNI; asignación de presupuesto considera accesibilidad geográfica
- ii) gestión de suministros
 - Factores: planificación; adquisición, distribución de suministros, cadena de frío; recursos humanos
- iii) impulso político
 - Factores: agenda política; asignación presupuestal, liderazgo de la DGSP
- iv) coordinación entre actores

- Factores: coordinación interinstitucional, coordinación con población beneficiaria

Figura N° 6: Variables en la implementación de la ESNI



Fuente: Elaboración propia

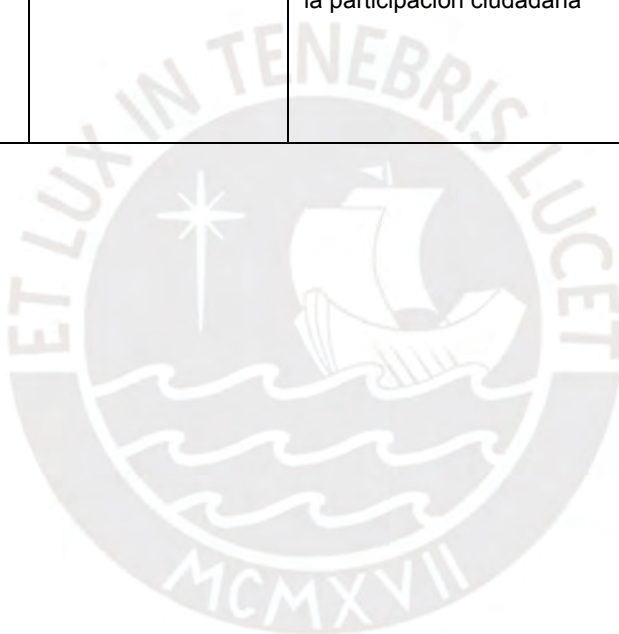
Como parte de la evaluación del proceso de la implementación de la ESNI, este estudio de investigación plantea la utilización de herramientas cuantitativas como el método que Hodge y Gillespie (2003) para evaluar según opiniones de los actores la ponderación de las variables en la implementación de la ESNI, así mismo, mediante el uso de la escala de Likert, analiza y pondera la valoración de los entrevistados en cuanto a los factores relacionados a la variables, que consideran clave para la implementación de la ESNI.

Definición y descripción de variables consideradas

Variable General	Definición conceptual	Definición operacional			Definición instrumental
		Variable intermedia	Indicador específico/factor	Tipo de variable	
1. Variable dependiente					
1.1 Implementación de la ESNI	Se considera el desempeño del indicador “Proporción de menores de 36 meses con vacunas completas para su edad “ como referente (variable proxy) sobre la implementación de la ESNI. Cuanto más cerca al 100% se encuentre el indicador corresponde a mayores logros en la implementación de la ESNI.	-	1.1.1. Proporción de menores de 36 meses con vacunas completas para su edad	Cuantitativa	Análisis de la base de datos del indicador “Proporción de menores de 36 meses con vacunas completas para su edad” publicado por el MEF mediante el aplicativo RESULTA.
2. Variables independientes					
2.1. Normatividad y herramientas	Se asumirá por normatividad y herramientas a los dispositivos legales y técnicos emitidos por el MINSA para normar la implementación de la ESNI, así como otros documentos relacionados emitidos por el MEF, la PCM u otros.	2.2.1. Lineamientos y herramientas adecuadas para la implementación operativa de la ESNI.	2.2.1.1. Esquema de vacunación cumple estándares internacionales (OPS)	Cualitativa	Entrevistas a todos los actores con mayor profundidad a: -Enfermeras y personal sanitario encargado de la aplicación de las vacunas.
			2.2.1.2. Procedimiento operativo de acorde con el esquema de vacunación vigente.	Cualitativa	
		2.2.2. Normativa incorpora del enfoque intercultural	2.2.2.1. Percepción sobre nivel de detalle del enfoque intercultural en la normativa operativa	Cualitativa	Entrevistas a todos los actores con mayor profundidad a: -Personal de la DGIESP -Enfermeras
		2.2.3. Norma que establece los criterios para asignar presupuesto tiene en cuenta la	2.2.3.1. Asignación de presupuesto considera la variada accesibilidad geográfica	Cualitativa	Entrevistas a todos los actores con mayor profundidad a: -Personal del MEF

Variable General	Definición conceptual	Definición operacional			Definición instrumental
		Variable intermedia	Indicador específico/factor	Tipo de variable	
		accesibilidad geográfica			
2.2. Gestión de suministros	Se asumirá por gestión de suministro las acciones relacionadas a la adquisición y distribución de estos, que parten de la planificación de la población candidata a vacunar y terminan en la entrega de suministros en los ES.	2.1.2. Eficiencia en la planificación y gestión de insumos/ suministros	2.1.2.1. Planificación nacional ajustada a la realidad (recoge datos locales)	Cualitativa	Entrevistas a todos los actores con mayor profundidad a: -Consultores de prestigio en el sector salud relacionados a inmunizaciones -Funcionarios de CENARES
			2.1.2.2. Adquisición oportuna de suministros	Cualitativa	
			2.1.2.3. Distribución oportuna de suministros	Cualitativa	
			2.1.2.4 Adecuada cadena de frío	Cualitativa	
2.3. Impulso político a la ESNI	Se asumirá por impulso político a la ESNI, a las manifestaciones explícitas realizadas por las entidades y representantes de los distintos aparatos del Gobierno en relación con la importancia y apoyo por parte de este, para el incremento de la cobertura de inmunizaciones en el Perú.	2.3.1 Percepción de los entrevistados con relación al apoyo político para incrementar la cobertura de inmunizaciones	2.3.1.1. Tema prioritario en la agenda del Gobierno	Cualitativa	Entrevistas a todos los actores. Revisión de: -Plan de Gobierno -Documentos sectoriales
			2.3.1.2. N° de documento oficiales que promueven la vacunación	Cualitativa	
		2.3.2. Asignación y ejecución del presupuesto a nivel nacional y regional (Región de mayor cobertura, contra región de menor cobertura)	2.3.2.1. PIM asignado y ejecutado al indicador de producto "menores de 36 meses con vacunas completas"	Cualitativa	Entrevistas a todos los actores. -Revisión de consulta amigable MEF, PIA por año a nivel de GR y GORE
		2.3.3 Percepción de los funcionarios del MINSA sobre la importancia de la implementación de la ESNI para la DGIESP	2.3.3.1. Percepción sobre el impulso de la DGIESP a la implementación de la ESNI.	Cualitativa	Entrevistas a todos los actores con mayor profundidad a: -funcionarios del MINSA.

Variable General	Definición conceptual	Definición operacional			Definición instrumental
		Variable intermedia	Indicador específico/factor	Tipo de variable	
2.4. Coordinación entre actores	Se entenderá por coordinación entre actores, las acciones emprendidas por parte de los distintos actores de manera articulada, alineadas al objetivo de la cobertura universal de inmunizaciones, buscando generar eficiencia y eficacia en el sector público.	2.4.1. Coordinación multisectorial para implementar la ESNI	2.4.2.1. Percepción sobre la existencia de un compromiso intersectorial (distintos ministerios)	Cualitativa	Entrevistas a todos los actores con mayor profundidad a: -funcionarios del Poder Ejecutivo. -Enfermeras de hospitales, centro de salud. -Representantes de club de madres de familia
		2.4.3. Coordinación con la población beneficiada	2.4.3.1 Percepción sobre el énfasis brindado al factor coordinación para promover la participación ciudadana	Cualitativa	



Caracterización de variables cuantitativas

Definición operacional de la variable		Definición instrumental	
Variable	Indicador	Opciones	Valores
1.1. Implementación de la ESNI	1.1.1. Proporción de menores de 36 meses con vacunas completas para su edad	Cobertura $0 > X > 95\%$	Implementación en proceso
		Cobertura $95\% > X > 100\%$	Implementación adecuada
		Cobertura $100\% > X > a \text{ más}$	Problemas de sobreestimación

Cuantificación de las variables cualitativas

Variable	Factor	Categorías	Códigos	Columnas
Valoración de la normativa y herramientas	Cumplimiento con estándares internacionales	__ Muy de acuerdo __ De acuerdo __ Ni de acuerdo ni en desacuerdo __ En desacuerdo __ Muy en desacuerdo	5 4 3 2 1	1.1
	Procedimiento operativo de acorde con normativa vigente	__ Muy de acuerdo __ De acuerdo __ Ni de acuerdo ni en desacuerdo __ En desacuerdo __ Muy en desacuerdo	5 4 3 2 1	1.2
	Enfoque de interculturalidad en la implementación de la ESNI	__ Muy de acuerdo __ De acuerdo __ Ni de acuerdo ni en desacuerdo __ En desacuerdo __ Muy en desacuerdo	5 4 3 2 1	1.3
	Asignación de presupuesto considera accesibilidad geográfica	__ Muy de acuerdo __ De acuerdo __ Ni de acuerdo ni en desacuerdo __ En desacuerdo __ Muy en desacuerdo	5 4 3 2 1	1.4
Valoración de la gestión de suministros	Planificación	__ Muy de acuerdo __ De acuerdo __ Ni de acuerdo ni en desacuerdo __ En desacuerdo __ Muy en desacuerdo	5 4 3 2 1	2.1
	Adquisición	__ Muy de acuerdo __ De acuerdo __ Ni de acuerdo ni en desacuerdo __ En desacuerdo __ Muy en desacuerdo	5 4 3 2 1	2.2
	Distribución de suministros,	__ Muy de acuerdo __ De acuerdo __ Ni de acuerdo ni en desacuerdo __ En desacuerdo __ Muy en desacuerdo	5 4 3 2 1	2.3
	Cadena de frío	__ Muy de acuerdo __ De acuerdo	5 4	2.4

	Recursos humanos	__ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	2.5
		__ En desacuerdo	2	
		__ Muy en desacuerdo	1	
		__ Muy de acuerdo	5	
		__ De acuerdo	4	
Valoración del impulso político	Agenda Política	__ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	3.1
		__ En desacuerdo	2	
		__ Muy en desacuerdo	1	
		__ Muy de acuerdo	5	
		__ De acuerdo	4	
	Asignación presupuestal,	__ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	3.2
		__ En desacuerdo	2	
		__ Muy en desacuerdo	1	
		__ Muy de acuerdo	5	
Valoración de la coordinación entre actores	Liderazgo de la DGSP	__ De acuerdo	4	3.3
		__ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	
		__ En desacuerdo	2	
		__ Muy en desacuerdo	1	
		__ Muy de acuerdo	5	
	Coordinación interinstitucional	__ De acuerdo	4	4.1
		__ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	
		__ En desacuerdo	2	
		__ Muy en desacuerdo	1	
	Coordinación e Interacción con la población beneficiaria	__ Muy de acuerdo	5	4.2
		__ De acuerdo	4	
		__ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	
		__ En desacuerdo	2	
		__ Muy en desacuerdo	1	

Variable	Rangos de valoración	Escala numérica	Columnas
Valoración de la normativa y herramientas	Menos importante – Más importante	1 al 10	1
Valoración de la gestión de suministros	Menos importante – Más importante	1 al 10	2
Valoración del impulso político	Menos importante – Más importante	1 al 10	3
Valoración de la coordinación entre actores	Menos importante – Más importante	1 al 10	4

CAPÍTULO 3. Evaluación de la implementación de la ESNI (2013-2017)

3.1 Resultados de la implementación de la ESNI (2013-2017)

La presente evaluación de proceso no pretende evaluar los resultados de la implementación de la ESNI por sí mismo. Sin embargo, resulta importante hacer referencia a los resultados de la implementación para situarnos en el ámbito de estudio y comprender la importancia de evaluar el proceso de su implementación.

Para analizar los resultados de la implementación de la ESNI se tomó como referente el indicador de desempeño de menores de 36 meses con vacunas básicas completas para su edad.

En materia de inmunizaciones, la OMS indica que el nivel referencial para saber si la población está protegida es el 95% de cobertura. Así mismo, proporciona los siguientes criterios para el análisis de los indicadores de cobertura:

Tabla N° 11: Tabla rangos – Cobertura de Vacunación

Rango	Interpretación
Menos de 95%	La cobertura es inferior a la esperada y es necesario determinar sus causas y definir estrategias de vacunación.
95% a 100%	La cobertura y protección inmunológica son adecuadas.
Más de 100%	Corresponde analizar las causas de sobreestimación

Fuente: elaboración propia a partir de OMS (2017).

Acercarse año a año al 95% de cobertura, podría ser además de un referente de un adecuado proceso de implementación, un referente de la importancia que tiene para la gestión de turno implementar medidas en materia de inmunizaciones y con ello garantizar el derecho a la salud de la población, en especial de los niños y niñas. De igual manera la NTS de la ESNI en la sección 6.14 precisa los indicadores que se deberán tener en cuenta para el análisis y evaluación de los resultados de vacunación, entre ellos como indicador de resultados, figura: % de UE, distritos y EE. SS con $\geq 95\%$ de cobertura por tipo de vacuna y según edad, en este mismo documento, en el anexo 22: Ficha Técnica de Indicadores, hace referencia estándares internacionales, señalando que la cobertura ideal anual es el 95% a más, en cada departamento.

Teniendo en cuenta los parámetros de referencia anteriormente descritos y las cifras de cobertura de vacunación correspondiente al indicador “menores de 36 meses con vacunas completas para su edad”; que aún en el 2017, año en que se registró la mayor cobertura durante los últimos 5 años en Perú (74.63%), esta cifra está lejos del 95% establecido por la OMS. En tal

sentido, se infiere que es necesario ponderar las variables claves de la implementación de la ESNI y analizar los factores relacionados a las mismas que impactan en el nivel de cobertura de vacunación registrado en Perú en los últimos años.

Por otra parte, como se ha mencionado anteriormente, las cifras de cobertura de vacunación varían según la fuente de información: ENDES – INEI y MINSA. Aunque este estudio basa su análisis en el indicador: niños menores de 36 meses con vacunas completas para su edad, cuya fuente es la ENDES. Es importante, tener un panorama referencial de como la perspectiva del avance de la implementación puede cambiar si se toma en cuenta la cobertura mencionada por la OMS por tipo de vacuna para los distintos países.

A partir de las cifras de cobertura para las principales vacunas publicadas por la OMS (Gráfico N° 02) y que según señala, son brindadas por el MINSA en el caso de Perú, se calculó un promedio simple de estas cuatro vacunas, para tener un valor referencial de la cobertura alcanzada por el Perú en los últimos 4 años (2013 – 2016) que se estimó en 88.75%. No se consideró el 2017 debido a que a la fecha de corte de este estudio no se habían publicado las cifras para dicho año.

Así mismo, durante el periodo de estudio y según disponibilidad de datos (2013 y 2016), el año en que se registró la mayor cobertura en promedio fue el año 2015, en el que ascendiendo a 90% de cobertura.

A pesar de que, las cifras publicadas por la OMS, superan considerablemente a las cifras de cobertura reportadas mediante el indicador “menores de 36 meses con vacunas completas para su edad”, están por debajo del 95% establecido por la OMS, lo cual ratifica una vez más la necesidad de analizar los factores claves que influyen y/o impactan en la implementación de la ESNI.

Además, todo esto pone manifiesto la importancia de tener una misma metodología para analizar los indicadores de cobertura de vacunación, que nos permitan llegar un solo resultado, metodología que deberá ser validada y aceptada para las diversas entidades y/o actores con competencia en vacunación, a fin de evitar duplicidad de esfuerzos que se traduce en una gestión ineficiente con costos innecesarios para el Estado.

3.2 Ponderación de las variables que influyen en la implementación de la ESNI

En esta sección se presenta de la ponderación según el total de entrevistados y por grupo de actores, de las principales variables delectadas que influyen en la implementación de la ESNI: i) normatividad y herramientas; ii) gestión de suministros; iii) impulso político; y iv) coordinación entre actores. Así mismo, se analiza su dinámica en los años de estudio según opinión de los entrevistados, y su relación con cambios entorno a los mismos, que según los entrevistados explican la cobertura del indicador niños menores de 36 meses con vacunas completas para su edad, obtenida en el 2013 - 2017.

De acuerdo con el diseño metodológico de esta investigación, los resultados de la aplicación de método de Hodge y Gillespie (2013), establecen la siguiente ponderación del grupo de variables, en rangos de mayor a menor importancia para la implementación de la ESNI:

Figura N° 7: Ponderación de las variables que influyen en la implementación de la ESNI



Fuente: elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas para este estudio.

Alrededor del 75% de los entrevistados convergen en que el impulso político es punto de partida crucial para la implementación de una intervención pública. En tal sentido, destacan que intervenciones públicas como vacunación, que no requieren evaluaciones de impacto para demostrar el beneficio social que promueve su implementación, está siempre presente en la agenda política del Gobierno. Siendo este último un conjunto de organismos, la coordinación es la pieza que concatena a los esfuerzos de los diversos actores que participan en su implementación, por lo cual, a mayor grado de coordinación, mayores posibilidades de arribar al logro de los objetivos en la implementación de la ESNI y/o capacidad de hacer frente a eventuales eventos coyunturales en materia de inmunizaciones que podría afectar radicalmente los indicadores de producto y resultado. En tercer lugar, se ubicó a la gestión de suministros para

vacunación. Actores políticos, técnicos y operativos señalaron en su mayoría que, como resultado del impulso político y una adecuada coordinación entre los actores involucrados a nivel de los distintos ministerios y niveles de Gobierno, la gestión de suministro es una variable que por resultado de las variables anteriores, se implementa sin mayores dificultades. Sin embargo, uno de los aspectos resaltantes de los resultados de las entrevistas, es que en su mayoría el grupo de actores sociales resaltaron que la variable gestión de suministro, se ubicaría en el segundo nivel, esto estaría explicado en gran medida por el rol de usuarios del servicio de vacunación y su experiencia cercana a los establecimientos de salud, lugar donde se provee a la población de dicho servicio. Finalmente, todos los grupos de entrevistados concuerdan en ubicar en cuarto lugar de ponderación a la variable normativa y herramientas, al respecto actores técnicos en su mayoría concuerdan que Perú es uno de los países con el esquema de vacunación más completo de la región, porque aun cuando esta variable define los lineamientos para la implementación de vacunación y por ello resulta de mucha importancia, al día de hoy no es una variable que demande de mayor preocupación por su alto grado de avance.

Además de lo anteriormente señalado, se debe precisar que los actores entrevistados en su mayoría advierten que las variables mencionadas están mutuamente vinculadas, por lo cual es difícil establecer una ponderación de las mismas, ya que actúan de manera concatenada, es decir el comportamiento o los cambios en una de las ellas tiene consecuencias o impactan en el desempeño de las otras. En tal sentido, la ponderación de las variables no representa tal cual un modelo general en la implementación de programación o estrategia de vacunación, sino en un modelo ajustado a la realidad peruana y exclusivamente al periodo de estudio, el mismo que puede ser un referente para análisis similares.

Tabla N° 12: Ponderación de variables según grupo de actores

Grupo de actores	Orden de ponderación			
	Primer	Segundo	Tercer	Cuarto
Actores políticos	Impulso político	Coordinación	Gestión de suministros	Normatividad y herramientas.
Actores técnicos	Impulso político	Coordinación	Gestión de suministros	Normatividad y herramientas.
Actores operativos	coordinación,	Impulso político	Gestión de suministros	Normatividad y herramientas
Actores sociales	Impulso político	Gestión de suministro	Coordinación	Normatividad y herramientas

Fuente: elaboración propia a partir de aplicación de método de Hodge y Gillespie (2013).

3.3 Valoración de los factores que influyen en la implementación de la ESNI

A fin de conocer a los factores que, en opinión de los entrevistados, son claves para la implementación de la ESNI, se presentan los resultados de la aplicación de la escala de Likert, mediante la cual se obtuvo la valoración de los entrevistados en relación a los factores identificados previamente, que se asocian a las variables: i) normatividad y herramientas; ii) gestión de suministros; iii) impulso político; y iv) coordinación entre actores.

En opinión de los entrevistados, pese a la existencia de una ponderación sobre la importancia de las variables en la implementación de la ESNI (Figura N° 6), se debe recalcar que todas ellas resultan importantes. En tal sentido, identificar los factores que en opinión de los entrevistados son clave para la implementación de la ESNI, representa un análisis más detallado y que explica en cierto grado los aspectos de las variables que en su opinión han contribuido a que sea relevante para la mejora del indicador “niños menores de 36 meses con vacunas completas para su edad” en el periodo de estudio (factores con puntuación más alta). Así mismo, aquellos factores que en su opinión haría falta reforzar o trabajar para que sea representativa de la variable (factores con menor puntuación).

En la siguiente tabla se presenta la valoración de los factores, tanto a nivel de cada uno de los entrevistados, como según los grupos de actores:

Tabla N° 13: Valoración de los factores de las variables

Actores	N° Entrevista	V. normatividad y herramientas				V. gestión de suministros					V. impulso político			V. coordinación	
		Estándares internacionales	Procedimiento de acorde con	Enfoque intercultural	Accesibilidad geográfica	Planificación	Adquisición	Distribución	Cadena de frío	RR HH	Agenda política	Presupuesto	Liderazgo	Interinst.	Con población
Políticos	EP1	5	4	5	2	4	5	4	3	4	5	5	4	4	4
	EP2	5	5	4	3	5	4	3	2	3	5	5	4	3	2
	EP16	5	4	5	2	5	4	5	2	4	5	5	4	5	5
Sub total		15	13	14	7	14	13	12	7	11	15	15	12	12	11
Técnicos	ET3	5	4	4	2	4	4	4	4	5	5	5	2	5	4
	ET4	5	5	4	4	2	5	4	5	5	5	5	4	5	5
	ET5	5	5	5	4	3	4	5	2	5	5	5	2	5	4
	ET6	5	4	4	2	5	2	4	4	4	4	4	2	4	5
	ET7	5	4	4	2	5	2	5	2	2	4	4	4	5	5
	ET8	5	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	4	4

	ET9	5	5	4	1	4	4	2	4	2	5	4	2	4	4
	ET10	5	5	5	2	5	5	5	2	4	5	5	2	5	4
	ET11	5	5	5	1	4	4	4	4	2	5	5	2	5	2
Sub total		45	41	39	22	17	17	15	14	13	43	42	25	42	37
Operativos	EO	5	5	4	2	5	5	4	2	2	5	5	5	4	4
	EO	5	5	5	4	4	4	5	4	2	5	5	5	4	4
	EO	5	4	5	4	4	4	5	2	4	5	4	4	4	4
	EO	5	5	4	2	4	5	4	2	4	5	5	4	3	2
Sub total		20	19	18	12	17	18	18	10	12	20	19	18	15	14
Sociales	ES	4	2	5	2	3	2	4	2	4	5	5	4	4	4
	ES	4	4	5	4	4	2	5	4	4	5	4	5	5	3
	ES	5	5	5	4	2	2	3	2	2	4	4	5	4	4
	ES	5	2	2	2	3	4	4	4	4	5	5	4	5	4
	ES	4	5	4	5	2	2	5	2	2	5	5	4	5	4
Sub total		22	18	21	17	14	12	21	14	16	24	23	22	23	19
Total		102	91	92	58	62	60	66	45	52	102	99	77	92	81

3.3.1 Impulso político a la implementación de la ESNI

Los resultados de la escala de Likert, señalan que para todos los actores el factor por el que la variable “impulso político” se ubica en el primer lugar de la ponderación realizada por los entrevistados, es que vacunación a niños es un tema presente en la “agenda política” por lo tanto, este factor sobre sale como clave para la implementación de la ESNI. En segundo lugar, se encuentra el factor “asignación adecuada de presupuesto”. Sin embargo, los actores políticos y técnicos en su mayoría precisan que siempre que tema se encuentre en la agenda política, se garantiza que existen esfuerzo y mandatos de alto nivel para garantizar la asignación adecuada del presupuesto.

Por otra parte, los diversos entrevistados consideran que la característica relacionada al liderazgo de la DGSP, que es la Dirección que desde el MINSA dirige su implementación, se va visto debilitada en los últimos años en los diversos niveles de Gobierno.

Al respecto, como se ha señalado en la sección 1.1.1 de esta investigación, la implementación de una política pública puede estar impulsada por el Gobierno (enfoque de implementación – Top Down) o por los ciudadanos (enfoque bottom-up), pero también se tiene un enfoque integrado en que convergen ambos enfoques. En opinión de los entrevistados, inmunizaciones actualmente es una prioridad presente en la agenda política, debido al impulso tanto del Gobierno como de los ciudadanos. Como se ha señalado en diferentes secciones de esta investigación, la vacunación es una medida que implementó el Gobierno ante el incremento de la tasa de

mortalidad en niños y adultos, pandemias que históricamente afectaban al Perú, ante lo cual los ciudadanos exigían una respuesta del Gobierno (enfoque bottom-up).

a) Inmunización de niños en agenda política

A lo largo de los años han aparecido iniciativas que buscan contribuir al país desde una mirada analítica, crítica y propositiva, que representa la opinión de la sociedad civil organizada. Es así que, en materia de inmunizaciones se encuentran publicaciones diversas realizadas por la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza -MCLP²⁵, Voces Ciudadanas²⁶, entre otros.

La MCLP (2014) señala que la cobertura vacunación en los menores de 36 meses cayó en el 2013 y lo que va del 2014, además precisa: “Un factor importante que ha contribuido a esta bajada brusca de la cobertura de inmunizaciones, son los niveles de desconfianza generados en la población a partir de los 7 casos de polio asociados a la vacunación oral, que se dieron en el año 2013. Frente a esta situación el MINSA, cambió el esquema de vacunación oral en las dos primeras dosis por el inyectable y requirió en agosto, de emergencia, lotes de este tipo de vacuna al fondo rotatorio gestionado por OPS, surgiendo entonces un nuevo impase por la escasez de este tipo de vacuna en el mercado mundial”.

Según ES15, la vacunación de niños es un tema que está siempre en la agenda pública por la importancia que tiene para la salud de las personas, en especial de los niños; sin embargo, cobra mayor visibilidad cuando se presentan casos atípicos como el de la polio postvacunal. En donde las familias afectadas por medio de la prensa buscaban el apoyo de las entidades, para tener una respuesta del MINSA a lo que ocurrió con niños y se tomen medidas correctivas al respecto.

Tal como señalan los resultados de la escala Likert y según expertos técnicos, la vacunación es un tema que siempre ha sido y sigue siendo una prioridad política presente en la agenda, necesaria para lograr garantizar el derecho a la salud. Siempre ha estado presente en los compromisos asumidos por el Perú ante las Naciones Unidas, actualmente se encuentra en el marco de la Agenda 2030²⁷. La ESNI, es una herramienta que contribuye a alcanzar diversos

²⁵ Mediante DS N° 001-2001-PROMUDEH se constituye la Mesa de Concertación para la lucha contra la Pobreza, que tiene entre sus funciones promover el diálogo nacional para alcanzar la articulación coherente de los esfuerzos del Estado, sociedad civil y sector privado, estableciendo mecanismos para la coordinación entre el Gobierno y la sociedad civil, y la realización de mesas de trabajo conjunto donde se recoja la opinión de la sociedad civil, a nivel local, regional y nacional. [Ver](#)

²⁶ “Es una Iniciativa que busca contribuir al país promoviendo espacios de diálogo, y articulación entre el Estado y la sociedad en su conjunto desde una mirada asertiva, propositiva pero también crítica y de análisis para fortalecer nuestro sistema democrático. Voces Ciudadanas convoca, articula hace sinergia y reúne a otras instituciones comprometidas con los derechos de la infancia en todo el Perú”. Extraído de sitio web Voces Ciudadanas. [Ver](#)

²⁷ La Agenda 2030, es un plan de acción en favor de las personas, el planeta y la prosperidad, que comprende los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Dentro de los cuales se señala que los países deberán trabajar para contar con vacunas seguras. Específicamente en el ODS 3-Salud y bienestar, meta N° 3.8: Lograr la cobertura sanitaria

objetivos del Gobierno, por lo tanto su prioridad el campo de salud pública, trasciende los mandatos de los ministros.

Lo señalado por dichos expertos técnicos guarda relación con el punto 5.1.9 de NTS N° 080-MINSA/DGIESP V.04, en que cual se señala que: “El esquema de vacunación, es la representación cronológica y secuencial para la administración de las vacunas aprobadas oficialmente para el país, como parte de la política nacional de vacunación e inmunización”, enfatizando la importancia de vacunación en el marco de la política nacional de inclusión social y lineamientos de salud, que rigen el sector de salud.

Entorno a la permanencia de vacunación en la agenda política, es necesario hacer referencia a la gestión de los Ministros de Salud durante los años de estudio, y las medidas tomadas en relación con la mejora de la cobertura de vacunación. Al respecto, se tiene principalmente a los siguientes ministros: Midori Musme de Habich (23/07/2012 -05/11/2014) y Aníbal Velásquez (6/11/2014 – 28/07/2016) ambos en el gobierno del presidente Ollanta Humala, y Patricia García (28/07/2016 - 17/09/2017) en la gestión del presidente Pedro Pablo Kuczynski.

Midori de Habich: Según expertos entrevistados que vieron de cerca su gestión, ésta tuvo mayor énfasis en lo recuperativo, con gran éxito por el proceso de Reforma del Sector Salud, emprendido en el 2013 y que estuvo enfocada en el financiamiento para la Cobertura Universal de Salud. Se enfoca en dos puntos claves: i) garantizar el derecho a la salud y ii) garantizar el derecho a la comunicación en salud, buscando que sea inclusiva basada en un enfoque intercultural, orientada a empoderar a la población sobre sus derechos en salud.

Según se señala en documento de Lineamiento y medidas de reforma del sector salud, publicado en julio de 2013²⁸, “las medidas de política de reforma que se proponen en este documento se orientan a la construcción de un sistema de salud integrado que fortalezca el Sistema Nacional de Salud, a fin de conseguir mayores niveles de eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios”. En la propuesta de mandato de política 1.4 se señala que existe un limitado acceso a la provisión de vacunas el cual estaría limitado a la oferta de mercado y se planea promover institucionales para garantizar la provisión oportuna y adecuada (cantidad) para enfermedades desatendidas.

universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguras, eficaces, asequibles y de calidad para todos. [Ver](#)

²⁸ Documento Público. [Ver](#)

Tabla N° 14: Cambios en los procesos de identificación, innovación, desarrollo y transferencia de tecnologías en Salud Pública

Aspecto	Proceso Actual	Proceso Modificado
Provisión de medicamentos y vacunas para enfermedades desatendidas	Limitado a la oferta del mercado	Garantizado en oportunidad y cantidad

Fuente: Tabla N° 8 (punto 5)- Documento de Lineamiento y medidas de reforma del sector salud

Por otro lado, otra propuesta de política incluida en este documento es: Rediseño del Sistema de Inteligencia Sanitaria para la Toma de Decisiones en Salud Pública, en la que señala que uno de los arreglos claves para su implementación es: La integración y articulación de los sistemas de información para la toma de decisiones, complementando las aplicaciones orientadas a la prestación con las orientadas a la vigilancia sanitaria.

Tabla N° 15: Cambios en los procesos para el Desarrollo del Sistema de Inteligencia Sanitaria para la toma de Decisiones en Salud Pública

Aspecto	Proceso Actual	Proceso Modificado
Sistema de Información para la Inteligencia Sanitaria	Desarticulado, Genera Información Inoportuna, Parcial y Desintegrada	Articulado, Genera Información Oportuna, Completa e Integrada

Fuente: Tabla N° 9 (punto 4) - Documento de Lineamiento y medidas de reforma del sector salud

Las propuestas de la reforma antes mencionadas, evidencia la necesidad de efectuar cambios al interno del MINSA y/o en la delegación de funciones. Así mismo, permite hacer las siguientes inferencias: i) Hasta el año 2013 no se contaba con una provisión garantizada y oportuna de vacunas para implementar la ESNI, y ii) el Sistema de Información para la Inteligencia Sanitaria no proporciona información oportuna, completa e integrada que permita entre otros, realizar una planificación y adquisición de vacunas adecuados.

Aníbal Velásquez: Fue viceministro de Salud durante la gestión de Midori. Durante su gestión como ministro, surgieron en el mundo epidemias como la de la Ébola (2014), y en Perú casos de chikunguña (2015) y zika (2016). El énfasis de su gestión en materia de inmunizaciones podría haber surgido en cierta medida, como una respuesta a la preocupación de la población, quienes habrían puesto el tema en la agenda pública en el 2015 y 2016.

Durante su gestión se implementó con mayor énfasis el Plan Multisectorial para enfrentar las heladas y friajes, evidenciado según el MINSA²⁹ una reducción importante en la mortalidad por neumonías, para agilizar la gestión de presupuesto en junio de 2016 se declaró en emergencia sanitaria por heladas y friaje 14 regiones, transfiriendo además S/. 9.5 millones para la contratación de personal que pueda realizar vacunación mediante la visita a domicilio.

Según ET8, el Ministro Velásquez como médico epidemiólogo tenía clara la importancia de la vacunación en los menores, durante su gestión se recibió algunos reconocimientos por recuperar la cobertura. Las declaratoria de emergencia en algunas regiones fue una salida frente la baja ejecución del presupuesto en vacunas por parte de los Gobierno Regionales.

Patricia García: Ministra desde el 28 de julio de 2016, hasta el 17 de setiembre de 2017. Según expertos cercanos a su gestión, uno de los pasos acertados durante su gestión fue el reconocimiento de la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención, mediante la mayor dotación de personal y abastecimiento de medicamentos, entre ellos vacunas, así como, buscar mecanismos de incentivos para los profesionales que trabajan en dicho nivel.

Al respecto, si bien en esta investigación no se pretende hacer un análisis minucioso del aporte de la gestión de cada ministro para la implementación de la ESNI. Los aspectos resaltados, señalan que el tema de inmunizaciones y en especial la vacunación de niños estuvo presente en todas las gestiones como parte de la agenda política, cuya importancia va más allá de la gestión de turno.

b) Asignación presupuestal

Una de las aristas para medir el impulso político es la asignación de mayor presupuesto para la implementación de una determinada acción gubernamental, así como, la aplicación de mecanismos que buscan que el presupuesto asignado sea ejecutado para los fines previstos. En opinión de los entrevistados, si bien actualmente la asignación adecuada de presupuesto es un factor relevante de la variable “impulso político”; este factor se encuentra en segundo lugar, dado puede variar en función a la agenda política y los temas prioritarios dentro de ella para los gobernantes de turno.

Al analizar la asignación de presupuesto a nivel de todo el Gobierno (Gob. Nac y Gob. Reg.) destinada al producto “Niños con Vacuna Completa” el cual está contemplado dentro del

²⁹ Opinión del MINSA, mediante su sala prensa. Noticia: Ministro de Salud: Nuestro compromiso es salvar las vidas de los afectados por las heladas. [Ver](#)

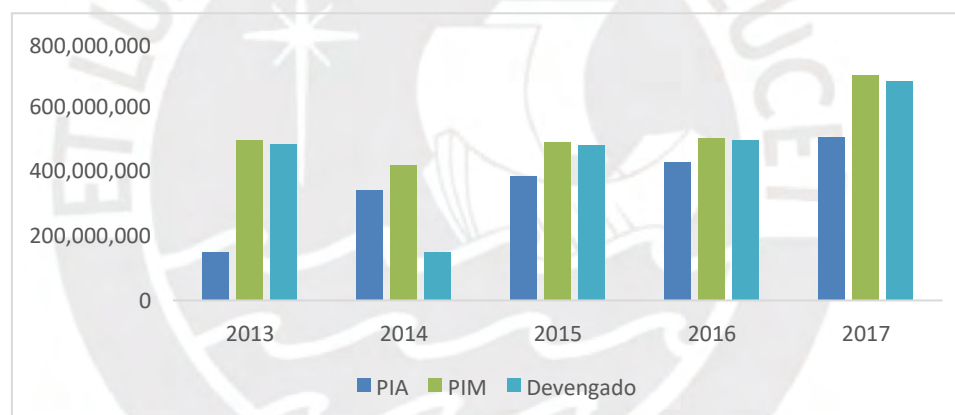
Programa Presupuestal Articulado Nutricional (PAN), encontramos la siguiente asignación en últimos 5 años:

Tabla N° 16: Producto N° 3033254: Niños con Vacuna Completa
(Todo nivel de Gobierno)

Año	PIA	PIM	Devengado	Avance %
2013	S/. 149,624,500	S/. 496,901,750	S/. 485,194,546	97.6
2014	S/. 343,630,929	S/. 419,850,687	S/. 148,390,528	98.0
2015	S/. 387,014,414	S/. 491,381,374	S/. 483,348,850	98.4
2016	S/. 429,721,387	S/. 502,858,467	S/. 497,288,467	98.9
2017	S/. 507,347,331	S/. 698,129,224	S/. 682,422,601	97.8

Fuente: elaboración propia a partir de Consulta Amigable – MEF

Gráfico N° 7: Producto N° 3033254: Niños con Vacuna Completa
(Todo nivel de Gobierno)



Elaboración: elaboración propia a partir de Consulta Amigable – MEF

Como se aprecia en el gráfico N° 07, el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) que es “presupuesto actualizado de la entidad pública a consecuencia de las modificaciones presupuestarias, tanto a nivel institucional como a nivel funcional programático, efectuadas durante el año fiscal, a partir del PIA³⁰”, ha sido modificado tratando de mantener una secuencia homogénea para todos los años de estudio. Desde el año 2013, el PIM supero al PIA, aunque el 2014 estuvo por debajo de los años anteriores y posteriores. Con relación al presupuesto ejecutado (devengado), el pico más bajo de ejecución aparece en el 2014, año en que se registró

³⁰ Definición de PIM extraída del Glosario de Presupuesto Público del MEF.

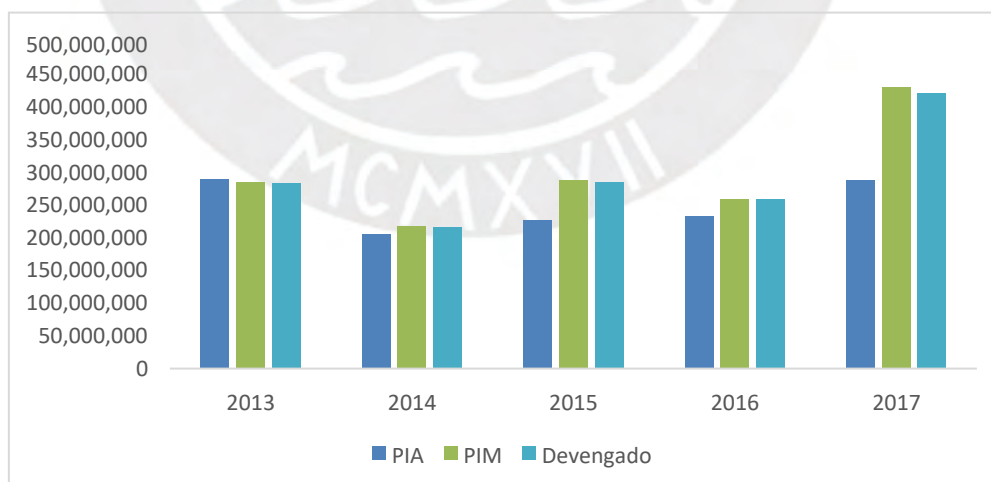
la menor cobertura para el indicador niños menores de 36 con vacunas completas para su edad. Por el contrario, en el 2017 el PIM supero notamente al PIA e incluso fue ligeramente mayor que el presupuesto devengado, por su parte el presupuesto devengado supero en 37% al del año anterior.

Desde el Gobierno Nacional CENARES – DARES es la entidad autorizada al interior del MINSA, para hacer la compra de vacunas y jeringas con cargo al PAN, si se revisa el detalle de presupuestado devengado (realmente ejecutado) la cifra menor en los últimos 5 años es la registrada en el 2014 y notablemente el mayor presupuesto devengado se registró en el 2017.

Tabla N° 17: Producto N° 3033254: Niños con Vacuna Completa
PIM y Ejecución (Gob. Nac)

Año	PIA	PIM	Devengado	Avance %
2013	S/. 289,465,172	S/. 284,876,191	S/. 284,350,907	99.8
2014	S/. 206,460,295	S/. 217,833,067	S/. 216,559,055	99.4
2015	S/. 227,357,441	S/. 288,173,313	S/. 285,024,807	98.9
2016	S/. 232,952,418	S/. 259,571,222	S/. 258,723,371	99.7
2017	S/. 288,298,384	S/. 430,785,711	S/. 422,381,467	98.0

Gráfico N° 8: Producto N° 3033254: Niños con Vacuna Completa
(Gobierno Nacional)



Elaboración: elaboración propia a partir de Consulta Amigable – MEF

Por otro lado, en la NTS° 80-MINSA/DGIESP V.04, señala que “los Gobiernos Regionales, GERESA, DIRESA, DISA y Unidades Ejecutoras (UE) tienen la responsabilidad de asegurar el presupuesto para el financiamiento del recurso humano necesario, materiales, insumos y gastos operativos de vacunación (supervisión, evaluación, monitoreo, capacitación), trabajo extramural (movilidad local, combustible, y pasajes), para el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de refrigeración de la cadena de frío y los insumos de bioseguridad para la eliminación de los residuos sólidos y distribución de insumos médicos y materiales a los establecimientos de salud. El presupuesto PpR para el producto de la niña y niño con vacuna completa, debe ser ejecutado en las actividades programadas en el SIGA PpR (Recurso Humano, material e insumos médicos, gastos operativos para actividades intra y extramurales)”.

Si se revisa las cifras sobre el presupuesto asignado anualmente a los gobiernos a nivel regional, encontramos que el PIM supera al PIA en todos los años, y por su parte el devengado (monto realmente ejecutado) cubre todos los años cerca del 100% del PIM.

A diferencia del PIM y devengado del Gobierno Nacional en el 2017, a nivel regional se mantuvo un crecimiento, pero en una notable menor proporción a lo registrado por el Gobierno Nacional, por lo cual se deduce que el 2017 el mayor presupuesto destinado a vacunación dentro del PAN fue orientado en su mayoría a la compra de vacunas y jeringas.

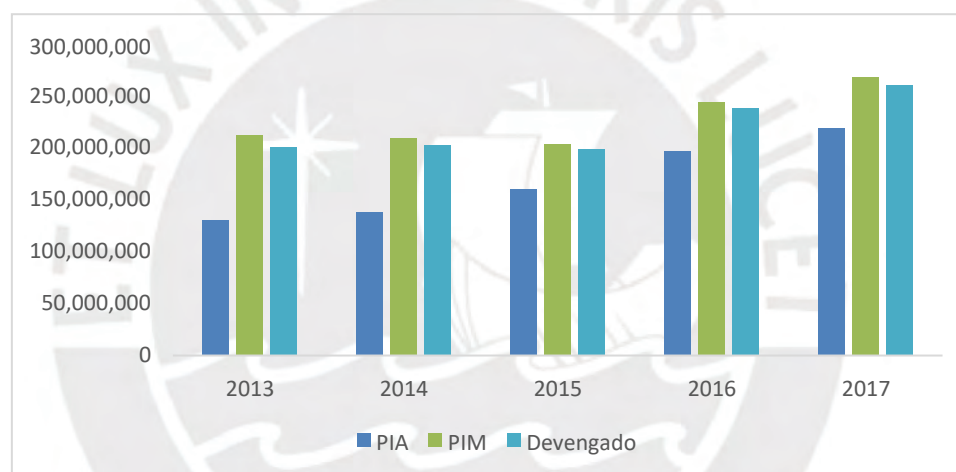
Según expertos técnicos, la asignación presupuestal para el producto: “niños menores de 36 meses cono vacunas completas” evidencia que las actividades de vacunación son un tema prioritario tanto al MINSA como para el MEF, tal presupuesto es igual y en muchos casos mayor al asignado a otros productos dentro del PAN. Además, considerando que los últimos años se ha visto un incremento notable, se deduce que ha recibido un mayor apoyo político de la gestión de turno.

Opiniones contrastadas resaltan que en el marco de la política de descentralización que faculta a los Gobierno Regionales la programación y ejecución de su presupuesto, en los últimos años se ha asignado mayor presupuesto del previsto, buscando que, en los Gobiernos Regionales, se promuevan campañas, visitas domiciliarias, entre otras actividades que buscan incrementar las coberturas de vacunación. Sin embargo, resulta complicado verificar en un 100% que los gastos efectuados con cargo al presupuesto asignado para vacunación se realizaron efectivamente en tales actividades. En tal sentido, siempre que exista un compromiso explícito a la gestión de turno en el mencionado nivel de Gobierno, existirá un mayor grado de certeza que las actividades de vacunación se estén llevando a cabo de la mejor manera posible, toda vez que representa una prioridad política para su gestión.

Tabla N° 18: Producto N° 3033254: Niños con Vacuna Completa
PIM y Ejecución (Gob. Regional)

Año	PIA	PIM	Devengado	Avance %
2013	S/. 130,159,328	S/. 212,025,559	S/. 200,802,639	94.7
2014	S/. 137,170,634	S/. 209,017,620	S/. 201,823,794	96.6
2015	S/. 159,656,973	S/. 203,208,061	S/. 198,181,398	97.5
2016	S/. 196,768,969	S/. 243,287,245	S/. 238,436,171	98.0
2017	S/. 219,048,947	S/. 267,343,513	S/. 260,041,134	97.3

Gráfico N° 9: Producto N° 3033254: Niños con Vacuna Completa
Presupuesto – Nivel Regional



Fuente: elaboración propia a partir de Consulta Amigable – MEF

c) Liderazgo de la DGSP

Según entrevistado ET6, el equipo encargado de la implementación de la ESNI ha crecido en gran medida en cuanto número de personas que pertenecen al mismo, si se lo comparará con el equipo de aproximadamente de hace una década o años anteriores a dicho periodo. Sin embargo, esto no se refleja en mayor visibilidad en las regiones. Esto está vinculado en parte con la estructura interna del Minsa y con el liderazgo del Coordinador Nacional de Inmunizaciones.

Es versión guarda relación con señalado por la OMS (2014): “En el organigrama del MINSA, la ESNI formaba parte de la Dirección Ejecutiva de Atención Integral y actualmente se ubica en la

Dirección Ejecutiva de Gestión Sanitaria, la que está comprendida dentro de la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP). Lo anterior ha generado que la ESNI haya perdido visibilidad y posicionamiento en la estructura del MINSA a nivel nacional y, por consiguiente, de reconocimiento por parte de los niveles subnacionales”.

Con relación al liderazgo del Coordinador encargado, más de un experto técnico entrevistado señala que, la gestión de Mariana Mendoza a la cabeza de la coordinación de la ESNI es una de las más resaltantes, ya que durante su gestión se implementó el PAN desde MEF (en el 2008), sin embargo, al ser un programa presupuestal cuya parte técnica sanitaria tenía como rector el MINSA, Mariana tenía una participación en pro de lograr un mayor presupuesto para vacunación, considerado en el PAN. Las medidas de acción inmediata las consensuaba con el Comité Consultivo y Comité Técnico, para garantizar las aprobaciones rápidamente por el ministro de turno. En opinión de los entrevistados, este grado de coordinación liderado desde el equipo de la ESNI, se ha debilitado en el transcurso de los años, debido a los cambios en la estructura misma del MINSA.

3.3.2 Coordinación entre actores

Los resultados de las entrevistas en escala de Likert señalan que el factor que resalta en esta variable, es la coordinación a nivel interinstitucional, por ende, se lo puede catalogar como clave, para la implementación de la ESNI.

a) Coordinación intersectorial

A partir de lo manifestado por los entrevistados, en el marco de la ley de descentralización, gran parte de la responsabilidad de la ejecución del presupuesto pasa a las regiones. Como se ha visto en el gráfico N° 9, todos los años se han realizado esfuerzos para canalizar mayores recursos a los Gobiernos Regionales, como muestra de lo prioritario de la vacunación para el Gobierno Central. Sin embargo, en algunas regiones acelerar la ejecución del presupuesto en acciones relacionadas a vacunación no es prioritario. Tal es así que según señala EO13: “Me contrataron para ver vacunación. Sin embargo, al ser la encargada del establecimiento de salud, debía atender las diversas actividades que se requiera, cuidados tópicos, control de crecimiento, entre otros”. Si se tiene en cuenta este tipo de acciones, encontramos que aun cuando el presupuesto asignado al producto: niños menores de 36 meses con vacunas completas, aparece

como ejecutado casi en su totalidad, en realidad habría sido empleado para el pago de bienes y/o servicios que no son necesariamente vacunación.

Como se ha señalado, alinear los intereses de las autoridades del nivel regional con el nivel central, es aún un reto para los encargados de la implementación de la ESNI. Sin embargo, se debe mencionar que desde el Gobierno Central se viene realizando esfuerzos en conjunto que buscan generar un mayor compromiso en el nivel regional para impulsar la implementación de la ESNI.

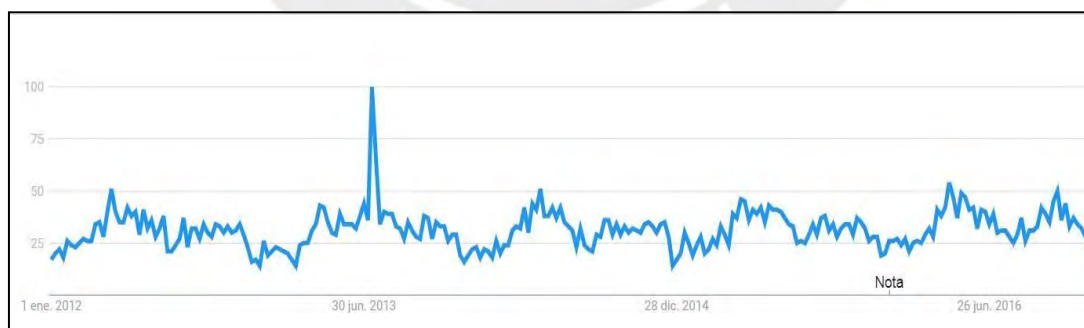
Es así como desde el MIDIS se impulsa el FED, de manera articulada y coordinada con el MINSA y MEF. Que premia con un fondo de dinero para ser gastado a discrecionalidad del Gobierno Regional, una vez éste, haya cumplido con demostrar la mejora en indicadores relacionados a vacunación, previamente establecidos.

b) Coordinación con la población beneficiaria

En relación con la coordinación con la población beneficiada, según los entrevistados durante los primeros años del periodo de estudio (2013 y 2014), se presentaron algunos acontecimientos que ameritaban la coordinación cercana con la población, sin embargo, se presentaron pocas o casi nulas campañas de comunicación para informar, aclarar dudas y hacer frente a las ideas propagadas por grupos antivacunas.

Esta versión guarda relación con los resultados que se obtienen usando “google trends”, los cuales señalan que, en nuestro país, en el 2013 se realizó la mayor cantidad de búsqueda de información, cuyos tópicos incluían el término vacuna.

Gráfico N° 10: Búsqueda de tópicos relacionados al término vacuna

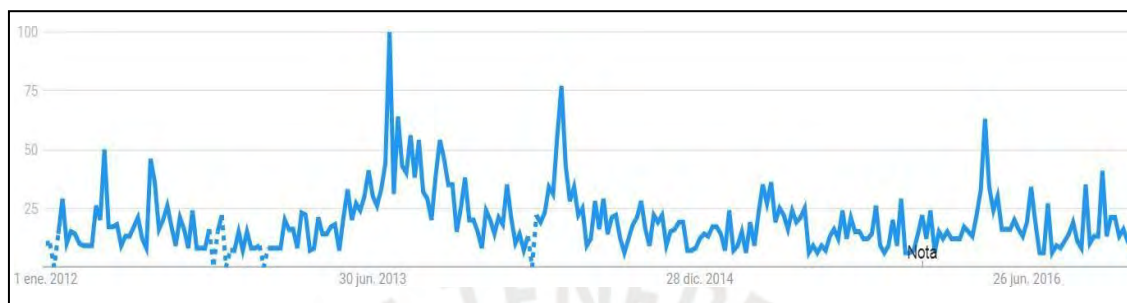


Fuente: reporte automático de Google trends.

Si se analiza en detalle de la búsqueda de términos relacionados a vacuna, se encuentra que uno de los términos más consultado es: Vacuna contra la poliomielitis. Los periodos en que la

búsqueda de este término se incrementó coincide con el gráfico N° 10, segundo semestre del 2013. Además, se evidencia un importante número de consultas en el primer semestre del 2014.

Gráfico N° 11: Búsqueda de tópico relacionado con Vacuna contra la poliomielitis



Fuente: reporte automático de Google trends

Otro de los términos cuya búsqueda resalta en los años de estudio es: influenza. La mayor búsqueda de tópicos que contenían este término se concentró en agosto de 2013.

Gráfico N° 12: Búsqueda de tópico relacionado con Influenza



Fuente: reporte automático de Google trends

Las búsquedas presentadas, permiten deducir que la población tuvo gran interés en conocer a detalle, posibles eventos acontecidos en torno a vacunación, poliomielitis y/o influenza, demostrando así que vacunación fue un tema álgido en el 2013 y 2014.

Durante los años de estudio se ha encontrado un Plan Anual de Inmunizaciones para cada uno de los años, en donde se detalla el tipo de actividades que impulsará el MINSA, el calendario en que se implementarán tales actividades, y se señala que se realizará el monitoreo de la implementación de los planes regionales y locales de vacunación.

Según, ET13 las campañas de comunicación se han limitado a las microredes y establecimientos de salud de mediana capacidad, en los establecimientos de zonas muy alejadas el material como:

volantes, cartillas, banners, y globos, no suelen llegar. Considerando que el trabajo del vacunador se limita muchas veces a atender únicamente en el establecimiento de salud, las familias no sienten que exista interés real de los representantes del sector salud por cuidar la salud de sus niños.

Esta situación guarda relación con lo que señala ET4: “el trabajo con la comunidad se ha perdido, el compromiso del personal de vacunación con la entidad a la que representan no es el mismo que la década de los 90, cuando sentías que vacunar era salvar vidas. Se establecían acuerdo con los comités de madre, juntas directivas de centros poblado, entre otros, para llevar a sus niños a vacunar. Si había un niño que no había sido vacunado, este hecho era reportado por los vecinos para que el vacunador visite la casa de la familia del niño y en varias oportunidades, luego de convencer a la familia de la importancia de la vacunación, logre vacunar al niño”.

El factor comunicacional en el 2013 y 2014 estuvo ausente según ES15, considerando los casos de polio post vacunal y defunciones por neumonía, la aparición en escena de grupos antivacunas que argumentan que la vacunación es dañina para la salud de los niños, genero pánico en la población, que espera respuestas de MINSA, que se hicieron esperar, y a quién se le puede atribuir en parte la baja cobertura en dichos años.

Opiniones contrastadas de los entrevistados señalan que, diversos acontecimientos que incluyen los del 2013 y 2014, han evidenciado a los tomadores de decisiones la importancia de mantener una comunicación fluida y constante con la población para garantizar continuidad en la vacunación, por ello, la comunicación con la población está siempre presente en los planes de implementación. Así mismo, consideran que siempre que se garantice un alto nivel de coordinación intersectorial, se garantiza en gran medida la comunicación con la población, por ser un elemento presente en los planes de implementación que debe de cumplirse por los vacunadores y demás personal sanitario.

Al respecto, entrevistados técnicos y operativos precisan que en los últimos años 2016 y 2017 se ha visto un gran esfuerzo, trabajo de campo por parte del personal sanitario, que busca orientar a la población sobre la importancia de vacunación, campañas masivas de vacunación y visitas casa por casa en las regiones con mayor población rural. Esto obedece a lineamientos del MINSA pero además, cuenta con apoyo de las autoridades regionales que en su afán por cumplir sus acuerdos en el FED y recibir el bono que corresponde, orientan al personal de las Diresas, Disas y UE, etc. para garantizar el cumplimiento de las actividades vinculadas a la vacunación.

3.3.3 Gestión de Suministros

En relación con esta variable, el factor que sobresale a nivel de todos los entrevistados es la distribución oportuna de suministros, por lo tanto, se considera como factor clave para la implementación de la ESNI. En opinión de los entrevistados, especialmente del grupo de actores operativos y sociales, aun cuando se señala que el padrón nominal (herramienta base para la planificación) se encuentra cercano al 100% y la fondo de rotatorio de la OMS envía rápidamente las vacunas y demás insumos, producto de la orden de compra emitidas por el MINSA, el desabastecimiento de vacunas en los centros de salud de las áreas rurales, sigue siendo una constante que influye decisoriamente en los resultados de la implementación de la ESNI.

Los resultados de la escala de Likert a nivel de grupos de actores evidencian que, en opinión de los actores políticos y técnicos, el factor más importante es la planificación. Algunas opiniones convergen en que bajo la concepción de que la adquisición de vacunas y jeringas parte de la planificación, cada paso se constituye sumamente importante para el uso adecuado de los recursos del Estado que como se sabe son limitados (presupuesto). Realizar una compra basada en cifras inexactas y en compras de cantidades exorbitantes podría catalogarse como una malversación de fondos, que más allá del título que pueda proporcionarse la acción en sí misma, limita que mediante otras intervenciones se pueda beneficiar a la población en asuntos que requieran de inmediata atención por parte del Estado.

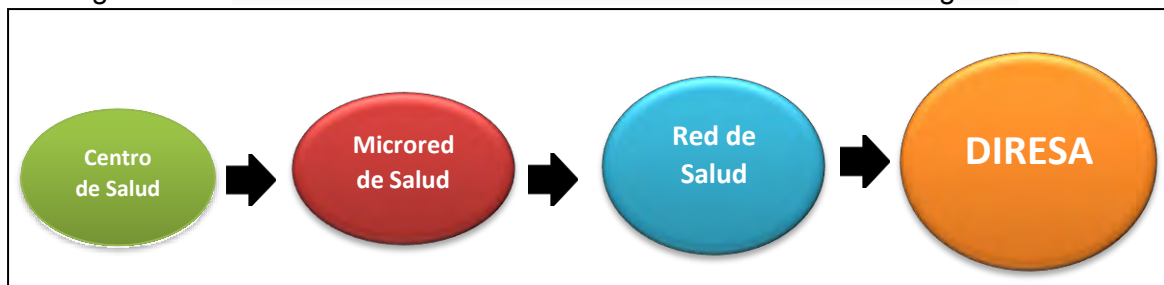
a) Planificación

Actores técnicos entrevistados señalan que la planificación que realmente tiene sentido para el sector público es la planificación estratégica, la cual según Matthews (2005) está definida como un proceso continuo y sistemático en el cual los miembros de una organización participan en la planeación de tomar decisiones sobre su futuro, para asegurar que los procedimientos y políticas operacionales estén diseñados para alcanzar el éxito, medido a través de indicadores.

La participación de los miembros o actores es importante para que la planificación comprenda todos los rubros necesarios para la implementación de una política pública o medidas de acción propias de una política pública, así mismo, permite que la planificación se ajuste a realidad. En este sentido según los actores operativos esta característica es la más resaltante de la variable, considerando que, el proceso de planificación enfocado en: i) jeringas y vacunas (responsabilidad del Gobierno Central), y ii) insumos complementarios para vacunación (responsabilidad de

Gobierno Regionales), necesarios para la implementación de la ESNI, en los últimos años promueve la participación de los actores regionales, quienes a su vez tratan de compilar la información del nivel local, los establecimientos de salud.

Figura N° 8: Modelo de Gestión Descentralizada de Salud Nivel Regional



Fuente: elaboración propia a partir de entrevistas realizadas.

Según Pedraza (2011), cada unidad territorial (UE) desarrolla sus funciones diseñando, organizando y brindando sus servicios según su propia realidad epidemiológica y social. El poder de decisión se centra en:

- i) **Recursos Humanos:** en donde la red se encarga de reclutar, seleccionar y contratar personal para los servicios públicos. La red³¹ y la microrred³² tienen la facultad de incorporar a personal.
- ii) **Recursos Financieros:** son programados por la microrred, red y DIRESA.
- iii) **Recursos Físicos:** la red y microrred asignarán los recursos físicos a las unidades orgánicas de su ámbito de responsabilidad, programarán las adquisiciones y recepción de bienes generales, programarán y gestionarán el almacenamiento y distribución de los bienes generales.

Planificación de la población candidata a vacunación. La red de salud recoge información de las microrredes y coordina sus acciones con la DIRESA. Con relación a vacunas, la planificación de los suministros para vacunación está directamente relacionada con la población candidata a vacunación.

³¹ Según la R. M. N° 122-2001-SA/DM, la Red de Salud: Conjunto de establecimientos y servicios de salud, de diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución, interrelacionados por una red vial y corredores sociales, funcional y administrativamente, cuya combinación de recursos y complementariedad de servicios asegura la provisión y continuidad de atenciones.

³² Según la R. M. N° 122-2001-SA/DM, la Microrred de Salud: está conformado por un conjunto de establecimientos de salud del primer nivel de atención, se constituye en la unidad básica de gestión y organización de la prestación de servicios, que agregados conforman una Red de Salud.

“La población de los niños y niñas candidatos a vacunación solía estimar en función a las proyecciones de crecimiento poblacional estimados por el INEI, tomando como referente consumo histórico de insumos (vacunas). En los últimos años se ha normado emplear padrón nominal, el cual aún no se encuentra culminado. En un país donde aún hay niños que no cuentan con documento de identidad al nacer y donde además hay una alta tasa de migración e inmigración basarse únicamente en el padrón nominal no sería lo más apropiado” (Entrevistado EO14).

Al respecto, la Mesa de Concertación (2014) señala que existe debilidad en la programación de población candidata a vacunación, dado que parte de los Gobiernos Regionales no estarían considerando el factor de migraciones y movilidad de la población.

Cabe señalar que, en el Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal del año 2013, meta 47: Padrón Nominal distrital de niñas y niños menores de 6 años homologado y actualizado, se invitaba a las municipalidades no consideradas ciudades principales, con 500 o más viviendas urbanas de acuerdo a lo establecido en el anexo N° 01 del Decreto Supremo N° 002-2013-EF, a remitir tres (3) actas de actualización del Padrón Nominal distrital, en fechas distintas, hasta el 31 de diciembre de 2013³³. Este trabajo ha sido un esfuerzo coordinado entre el MEF, MINSA y la RENIEC, que aún se mantiene y que busca, entre otros, “establecer metas reales para las intervenciones del Estado en beneficio de la primera infancia”³⁴.

“El padrón nominal en el 2014 tenía un avance cercano al 90%, esto permitió programar la población candidata a vacunar en el 2015 y 2016, sobre la base de cifras reales. Contradictoriamente a lo que muchos profesionales abocados en tema pensaban, que las cifras del padrón nominal serían inferiores a lo estimado en base a las tasas de crecimiento poblacional del INEI, en regiones como Amazonas, específicamente la provincia de Condorcanqui³⁵, el padrón nominal superaba ampliamente a las cifras estimadas en función a la tasa de crecimiento poblacional del INEI” (Entrevistado ET10).

Por su parte, la NTS N° 080-MINSA/DGIESP V.04, en el anexo N° 12, establece los criterios para programar la población candidata a vacunación, de acuerdo con su edad y tipo de vacuna.

³³ Información extraída del reporte de Ministerio de Economía y Finanzas, la versión completa del informe se encuentra en: [Ver](#)

³⁴ Karim Pardo, de la Dirección General de Estadística e Informática del Ministerio de Salud (MINSA), puso de manifiesto la importancia del padrón nominal en la tercera sesión de la segunda etapa del curso virtual “¿Qué debo hacer como alcalde o regidor? Acciones para terminar con la desnutrición y anemia infantil”. Extraído del Blog de noticias – Inversión en la infancia. Edición 139. Marzo 2015. [Ver](#)

³⁵ Es una de las siete provincias que conforman el departamento de Amazonas, la población de las comunidades indígenas en dicha provincia llegan al 75% de la población según datos del INEI – Censo 1993 ([Ver](#)). La población en el año 2007, se estimó en 43,311 habitantes, siendo el distrito de Nieva el que concentra el 51% de la población, seguido de Río Santiago y El Cenepa ([Ver](#)). Los idiomas oficiales son: awajum, huambisa y español ([ver](#)).

Tabla N° 19: Criterios de Programación

Población objetivo	Criterio de Programación	Tipo de vacuna	N° de dosis	Consideraciones para Valorar Oportunidad
Niñas y Niños menor de 1 año	*100% de la población menor de 1 año que se encuentran bajo responsabilidad de: Centros maternos infantiles, y hospitales que atienden partos, de los GORE y IGSS. *O programar igual al promedio de recién nacidos atendidos en los últimos 03 años. Fuente de información: Reporte HIS de los 3 años anteriores. Información referencial: Reporte de atención de partos y recién nacidos de los últimos 3 años.	BCG	1	0 a 24 horas de nacido
		HVB	1	0 a 12 horas de nacido
	100% población menor de 1 año. *Fuente de información: Población estimada por INEI por grupo de edad para el año en cada jurisdicción. *O padrón nominal homologado y actualizado ³⁶	IPV	2	2,4 meses
		APO	1	6 meses
		PENTAVALENTE	3	2,4,6 meses
		NEUMOCOCO	2	2,4 meses
		ROTAVIRUS	2	2,4 meses 1era dosis: no debe pasar de los 5 meses y 29 días. 2da dosis: hasta los 7 meses y 29 días.
		INFLUENZA Pediátrico	2	7,8 meses (hasta los 23 meses)
	*1% población menor de 1 año con reacción adversa al componente pertusis.	Haemophilus Influenzae tipo b (Hib)	2	Menor de 5 años (4 años, 11 meses y 29 días)
		Dt Pediátrico	2	
		HVB	2	
	*100% de niñas y niños de 1 año	3ra dosis NEUMOCOCO	1	12 meses 29 días

³⁶ Según el MINSA: El Padrón Nominal distrital de niñas y niños menores de 6 años homologado y actualizado es una meta del “Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal” del año 2013. Esta meta ha sido propuesta para las “municipalidades de ciudades no principales con más de 500 viviendas urbanas” y para las “municipalidades de ciudades no principales con menos 500 viviendas urbanas”, sumando un total de 1589 municipalidades. Esta meta ha sido propuesta por la Dirección General de Estadística e Informática de MINSA, oficina responsable de la verificación de la misma. Asimismo, para la elaboración del padrón, se está desarrollando un aplicativo informático a cargo del RENIEC y en coordinación con el MINSA, el Seguro Integral de Salud, el Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres – JUNTOS, y el Ministerio de Educación. Esta meta será implementada en los 1589 distritos seleccionados del país en el segundo semestre del año 2013, evaluada al 31 de diciembre, y los reportes de evaluación entregados durante el primer semestre del año 2014. El Padrón Nominal de Niños y Niñas menores de 6 años Homologado y Actualizado de manera constante, será de utilidad para los programas del Estado, en particular los programas sociales, quienes podrán realizar la planificación y programación presupuestal con información fidedigna, así como identificar las brechas en el aseguramiento e identificación para el acceso a los servicios de salud, educación, entre otros. Además, el padrón constituye la lista de clientes a quienes deben entregarse los productos del Programa Articulado Nutricional, por lo tanto, el padrón permitirá identificar y cerrar las brechas en el PAN ([Ver](#)).

Población objetivo	Criterio de Programación	Tipo de vacuna	Nº de dosis	Consideraciones para Valorar Oportunidad
Niñas y niños de 1 año	Fuente de información: Población estimada por el INEI por grupo de edad para el año en cada jurisdicción. O padrón nominal homologado y actualizado.	SPR	2	1er dosis: 12 meses y 29 días 2da dosis: 18 meses
		ANTIAMARILICA	1	15 meses
		1er refuerzo de DPT	1	18 meses
		1er refuerzo de APO	1	18 meses
		INFUENZA Ped.	1	12 a 23 meses 29 días
	5% población de 1 año, que no ha recibido el esquema antes de los 12 meses.	NEUMOCOCO	2	1 año, 11 meses y 29 días.
Niñas y niños de 4 años	100% de Niños de 1 año Fuente de información: Población estimada por el INEI por grupo de edad para el año en cada jurisdicción. O padrón nominal homologado y actualizado.	2do. refuerzo de DPT	1	4 años, 11 meses y 29 días
		2do. refuerzo de APO	1	4 años, 11 meses y 29 días. NOTA: se inicia en el año 2017 a Niñas y niños que iniciaron esquema de vacunación secuencial (IPV/APO) en octubre 2013

Fuente: adaptación de anexo 12: "Criterios de Programación: Esquema de Vacunación en Población menor de 5 años".

En efecto, en los criterios señalados en la tabla N° 19 evidencia que en ningún caso se establece incrementar o disminuir en "x" puntos porcentuales la población a vacunar por factores como: factor de migraciones y movilidad de la población. Según EO14, esto se debe en que, la población de sale de un determinado distrito es casi proporcional a la misma que ingresa (migración – inmigración).

Al respecto, el informe del INEI (2011) señala que el principal flujo de inmigración dirigido a las ciudades proviene de los centros poblados ubicados fuera del sistema de ciudades, lo que muestra que se mantienen vigentes las corrientes de migración histórica rural a urbana. En esta misma línea, Solé y otros (2002) indican que los inmigrantes tienen responsabilidad hacia la sociedad receptora, traducidas en obligaciones fiscales y políticas, así como también tiene derecho, al igual que todo ciudadano de un Estado – Nación.

Por lo expuesto, es posible sostener que es importante considerar factores migraciones dentro de los criterios para estimar la población a vacunar, dadas las tendencias migraciones de la población del territorio peruano, que presentan mayor movilidad hacia las ciudades urbanas y en

especial de la región costa de Perú³⁷. Siempre que el Gobierno no considere este tipo de factores, los resultados vinculados, como falta de insumos (vacunas, jeringas, etc.) será responsabilidad integra del equipo de la gestión de turno.

Según entrevistados con experiencia de campo en Redes de Salud, cada Red tiene cierto grado de libertad, para tomar los criterios que considera pertinente para estimar la población candidata a vacunación. Esto se fundamenta en algunos de los criterios establecidos en la tabla N° 19, como el padrón nominal, el cual aún no ha sido homologado³⁸ en todas de las regiones del Perú. Considerando que la responsabilidad de una buena o mala estimación de la población candidata a vacunación, será atribuida a la Red de Salud, es que a pesar de lo que diga la norma, algunas redes de salud se da mayor valor a la información de la población estimada por el INEI según rango de edad, meta física del año anterior y registro de partos según SIS. Incluso, en algunas redes de salud para estimar la población a vacunar en el 2016 y 2017, se calculó un promedio de las cifras consignadas en el padrón nominal RENIEC, meta física del año anterior y población estimada según INEI.

Planificación y/o programación de suministros. En la NTS N° 080-MINSA/DGIESP V.04 en el numeral 6.12. señalan cuales son las responsabilidades a nivel nacional, regional y local para la planificación de suministros.

- ✓ **A nivel nacional:** La programación anual de vacunas y jeringas se realizará en base a los criterios de programación establecidos por la ESNI. Los criterios de programación³⁹ para inmunizaciones son establecidos por el nivel nacional y sirven de parámetro para las regiones la cual se ajusta según la realidad regional, distrital y local.
- ✓ **A nivel regional:** La programación de vacunas y jeringas se realizará en forma anual el año anterior, considerando los criterios de programación establecidos por la ESNI e informados en el aplicativo informático del CENARES.

³⁷El Sistema de ciudades está compuesto por tres grandes bloques de conglomerados: i) las ciudades metropolitanas y las grandes, con 4 ciudades, representan apenas el 5,06% del total de ciudades; ii) las ciudades intermedias, mayores y menores, con 30 ciudades, representan el 37,97%, y las ciudades pequeñas, con 45 ciudades, representan el % 56,96% del total de ciudades. La distribución actual de estos conglomerados urbanos por regiones naturales ha seguido un proceso de redefinición muy ligado a las Corrientes migratorias internas. Según la distribución de las ciudades, 41 de ellos en la Costa (51.9%), 21 en la Sierra (26,6%) y 17 en la Selva (21,5%). [Ver](#): Mapa 1: Perú: Localización de las ciudades de 20 mil a más habitantes, 2007. PP. 36

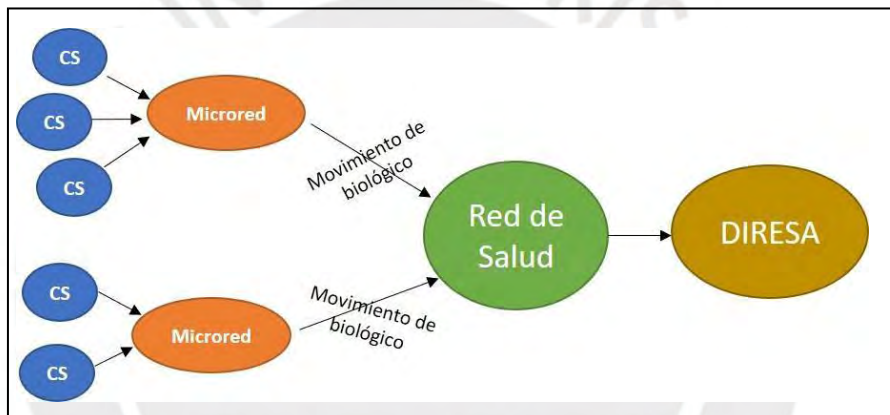
³⁸ Según la Real Academia Española (RAE), homologar significa “equiparar, poner en relación de igual dos cosas”. También se emplea para contrastar el cumplimiento de determinadas especificaciones o características. [Ver](#)

³⁹ La planificación de los insumos, parte de la identificación de la población candidata a vacunación. Por lo cual, los criterios a los que se hace referencia para la programación de insumos son los mismos que los criterios para programar la población candidata a vacunación.

- ✓ **A nivel local:** Las vacunas y jeringas serán programadas según los establecimientos de salud del MINSA, ESSALUD, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Sanidad de la Policía Nacional a través de las Redes.

De acuerdo con los entrevistados que poseen experiencia en microred, señalan que la microred es responsable de estimar el consumo de los diferentes medicamentos e insumos, entre ellos vacunas y jeringas. Los centros de salud como actor operativo emiten reportes de sus actividades a la microred, y esta elabora informes mensuales de “movimiento de biológico”, en el que detallan las vacunas empleadas y presentan su programación para el próximo mes a la red de salud, donde se consolida los pedidos y los envía a la Unidad de Medicamentos de la Red; área que a su vez realiza la solicitud a la DIRESA.

Figura N° 9: Planificación y solicitud de insumos para vacunación



Fuente: elaboración propia a partir de entrevistas realizadas.

Cabe resaltar que, en la programación de vacunas, CENARES considera también la programación de parte de ESSALUD, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Sanidad de la Policía Nacional, entidades que forman parte del Sistema de Salud de Perú (capítulo 1.2.2), esto en virtud de lo establecido en la Ley N° 28010, Ley de Vacunas (aprobada en junio 2003), en la que se declara la vacunación como una actividad de carácter obligatorio y gratuito para la Salud Pública Nacional por su elevado impacto en la prevención y control de las enfermedades inmunoprevenibles, en la misma que se señala al MINSA como ente rector encargado de las adquisiciones para su distribución a nivel nacional.

b) Adquisiciones

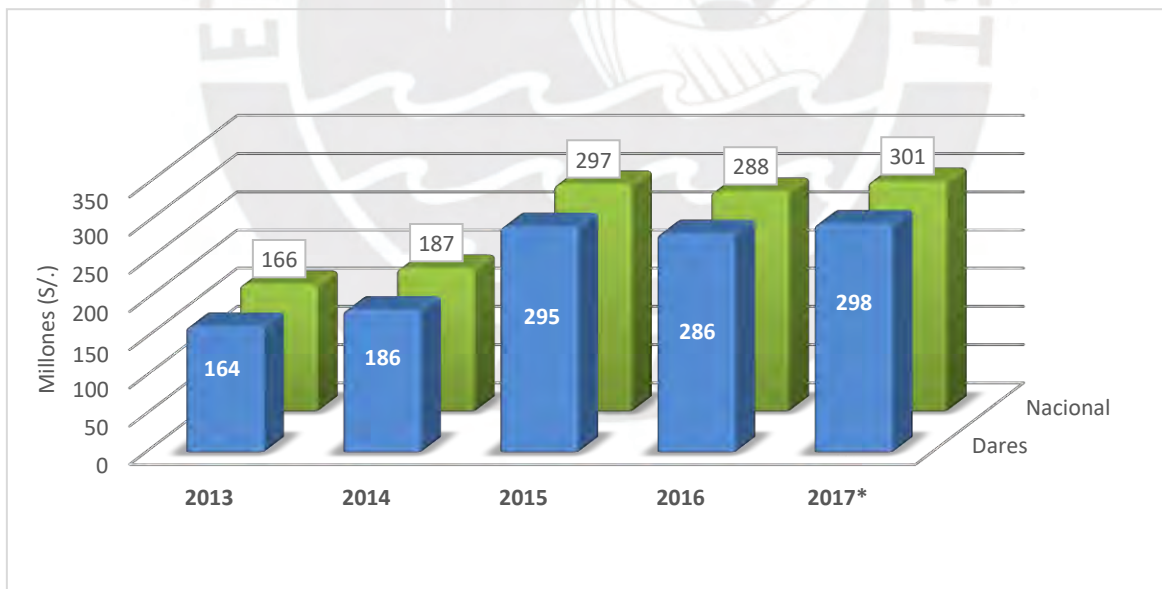
Diversos entrevistados sostienen que la adquisición oportuna es el factor medular en la gestión de suministros para la implementación de la ESNI. Sin embargo, dada las condiciones actuales

de nuestro país, no representa un factor clave que influya en el desempeño del indicador “menores de 36 meses con vacunas completas para su edad”.

Por su parte, actores técnicos señalan que la adquisición oportuna depende en gran medida de que se respeten los plazos establecidos para la gestión de la adquisición, desde el envío de la solicitud de compra (CENARES) hasta la entrega de la mercancía por parte del vendedor (OPS). A pesar de que en los últimos años ha avanzado notablemente, gracias a los diversos esfuerzos de las dependencias del Gobierno que participan en su implementación, no es posible ocultar que en algunos años del periodo de estudio (2013 y 2014) se presentaron casos de desabastecimiento producto de una adquisición inoportuna de suministros (vacunas), con consecuencias lamentables.

Esta última opinión concuerda con los puntos más bajos de adquisición de vacunas en los últimos 5 años. Como se señalado en secciones anteriores, a nivel del Gobierno Nacional el presupuesto destinado a la compra de vacunas se canaliza casi en su totalidad vía CENARES (gráfico N°13), en tal sentido los años 2013 y 2014 fue donde se registró el menor gasto destinado a la adquisición de vacunas.

Gráfico N° 13: Gasto en Compra de Vacunas



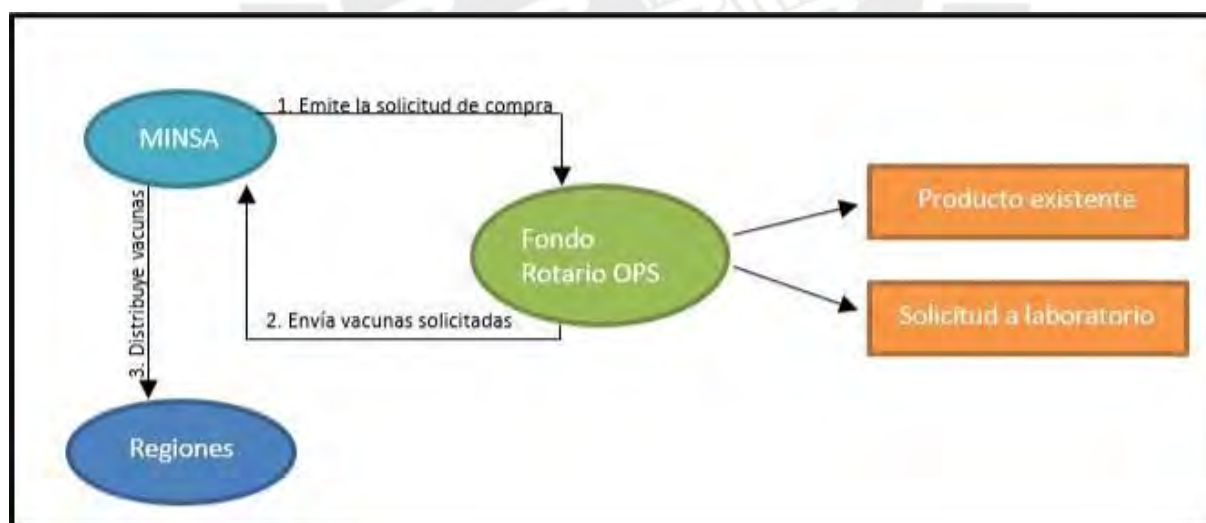
Fuente: elaboración propia a partir de Consulta Amigable del MEF y CENARES (DARES). *Fecha de corte de los datos al 9 de setiembre de 2017.

Cabe señalar que Perú al igual que muchos otros países tienen una gran dependencia del fondo rotatorio de la OPS para la adquisición de vacunas, “esto es lo más optimo, considerando que

países como: Brasil, Argentina y México, que albergan a la mayor población en la región de las Américas, compra en el fondo rotatorio de la OPS. Comprar las vacunas e insumos fuera del fondo rotatorio representaría mayores costos” (Entrevistado ET6). Los expertos coinciden en que la compra al fondo rotario abarata costos para el país, esto debido a las economías de escala⁴⁰ ya que, al realizar compras en grandes cantidades, los laboratorios encargados de la producción de las vacunas tienen mayores incentivos para abaratar costos, generando externalidades positivas para: la OPS, los laboratorios productores, y los países adscritos a la OPS para la adquisición de las vacunas.

Entrevistados diversos, consideran que para que las partes involucradas puedan satisfacer sus intereses mutuamente, es importante que la gestión que realiza cada una de las mismas, bajo sus responsabilidades sea eficiente, sobre todo en términos de respuesta inmediata. En ese sentido, la solicitud de compra de vacunas que emite CENARES (MINSA) a la OPS está vinculada directamente a la etapa de la programación, en la cual se definen la población de niños candidatos a vacunación para quienes se deberá adquirir el producto; la OPS por su parte deberá atender la solicitud de compra con producto existente y/o solicitar a los laboratorios con los que trabaja la emisión de productos; finalmente, el MINSA se encarga del desaduanaje de las vacunas y luego distribución a todas las regiones del Perú.

Figura N° 10:Proceso de adquisición de las vacunas



Fuente: elaboración propia a partir de la información proporcionada por entrevistados.

⁴⁰ Economía de escala, está representada por el poder que tiene una empresa cuando alcanza un nivel óptimo de producción para ir produciendo más a menor coste, es decir, a medida que la producción en una empresa crece, sus costes por unidad producida se reducen. Este menor costo podría ser trasladado también al comprador, generando un beneficio para ambas partes. Definición adaptada, a partir del original escrito por Dennys Andrade. [Ver](#)

“A pesar de los muchos logros en materia de inmunizaciones en el Perú, se han identificado algunos problemas en su operación y desempeño, destacando un importante descenso en las coberturas de vacunación en 2013 y 2014. Esta baja de coberturas determinó, que la Ministra de Salud conformara, una Comisión Sectorial Temporal para analizar los procesos críticos de vacunas, en el marco de la descentralización” (OMS 2014).

La información recopilada señala que las bajas coberturas del 2014 no están relacionadas con la adquisición inoportuna de las vacunas, sino con otros aspectos que también estarían relacionado a la gestión. La Comisión Sectorial Temporal concluyó que la ejecución presupuestal no se venía realizando de acuerdo con lo programado inicialmente por las Redes de Salud (UE), lo que se traduce deficiencias para cubrir los costos de las compras necesarias en material complementario a vacunación (insumos médicos, combustible, fletes, movilidad local, etc.). También, encontraron que la capacidad de almacenamiento (cadena de frío) en algunas DIRESA era muy limitada, lo que generaba el desabastecimiento de los establecimientos de Salud.

Los primeros años del periodo de estudio estuvo marcada por casos post vacuna contra la poliomielitis (enfermedad que causa parálisis infantil) en su versión en gotas, casos que aparecieron por familias que manifestaban que sus hijos habían sido víctimas de las consecuencias negativas de esta vacuna que en algunos casos contenía el virus salvaje de la polio. Estos casos habrían aparecido según ES15 a fines de 2012, 2013 y fueron públicamente aceptados como consecuencia de la aplicación de la vacuna en gotas que contenía el virus salvaje en 2014, causando alarma en la población y llevando a un reconocimiento (indemnización) por parte del MINSA a las familias afectadas. Esta versión coincide con lo señalado por el especialista Adalid Zamora en la entrevista realizada por la revista La Razón en el 2015, donde señala que: “...con la vacuna oral el bebé evacuaba la misma a través de las deposiciones, y el virus podía transmitirse por el agua o alimentos, lo que no permitía que se erradique la enfermedad. Pero con la inyectable no hay posibilidad de que se evacue el virus, éste es absorbido por el organismo y así inmuniza al niño y el medicamento se queda ahí” (La Razón 2015)⁴¹. Según ES15, ante acontecimientos como este, la población exigía al MINSA cambiar la polio gotas por una versión con cero riesgos para sus hijos, esto evidencia que la implementación de la ESNI ha pasado por momentos en donde el impulso para su

⁴¹ Reporte realizado por Wilma Pérez, con fecha 15 de diciembre de 2015, disponible en web. [Ver](#)

implementación ha tomado mayor fuerza por parte de la población (modelo Bottom-up) que del Gobierno (Top-Down).

La alerta emitida por la Mesa de Concertación (2014) señala que la dependencia de la OPS ha permitido que el Perú, pueda abastecerse de vacunas en los años de crisis económica. Sin embargo, en los últimos años, previos a la emisión de la alerta, se presenta sobre todo dos tipos de problemas: i) el desabastecimiento de las vacunas solicitadas como la antipolio inyectable y ii) el empaque que desarrollan los productores, paquetes de vacunas para aproximadamente 20 niños, y que una vez abiertos deben ser usados en su totalidad, o desechados sin poder haber sido empleados.

“Los casos de polio post – vacunal alarmaron a la población al tal extremo que las madres de familia temían continuar vacunando a los niños. El Minsa había tomado conocimiento que la vacuna antipolio intramuscular no representaba ningún riesgo. Sin embargo, pese a que solicitó su compra al fondo rotario, la OPS le notificó que estaban pasando una escasez de ese tipo de vacuna y la única alternativa era usar polio gotas. Como responsables de la gestión de los servicios de salud, el MINSA debía decidir si aplicar polio gotas o no aplicar vacuna, obviamente ambas decisiones tendrían consecuencias que deberían afrontar. Se continuó aplicando polio gotas hasta que a fines de año comenzaron a llegar los lotes de vacuna intramuscular” (ES15)

En definitiva, aun cuando la adquisición oportuna no represente actualmente un factor clave, es importante precisar que, contar con vacunas, jeringas y demás suministros en cantidad y calidad es relevante para la implementación de políticas públicas en materia de salud, y específicamente en el campo de inmunizaciones. Si bien la selección de proveedores para vacunas, por las razones expuestas se ha limitado al fondo rotario de la OPS, también hay críticas por las fricciones generadas entre esta entidad y los países adscritos... “las recomendaciones del fondo rotario de la OPS a los países muchas veces pueden resultar vinculantes o ejercer tal grado de influencia que los países llegan a comprar las vacunas recomendadas” (Entrevistado, ET6). Respecto a la adquisición de jeringas, según ET11 en el 2013 se cambió de proveedor de OMS a UNICEF, debido que este último es único proveedor en jeringas de tipo retráctil, si bien el costo es mucho mayor al de las jeringas tradicionales, con este tipo se evitan pinchazos accidentales a las enfermeras que aplican las vacunas (provocando posibles contagios) este es un gasto sumamente razonable, una medida de bioseguridad, en la cual nuevamente el número de proveedores se ve reducido a una entidad.

c) Distribución de suministros

Según expertos técnicos la distribución de vacunas sigue cuatro actividades: i) ingreso de la vacuna al almacén central; ii) mapeo regional de la necesidad de vacunas; iii) distribución de vacunas a los niveles regionales y iv) la distribución de vacunas a los niveles locales. En este proceso de distribución participan diversos actores como responsables de las distintas tareas que implica cada una de las cuatro actividades, con lo cual, la definición de las responsabilidades y el conocimiento de las mismas por cada uno de los actores involucrados es primordial para la distribución oportuna en cada uno de los niveles.

Por su parte, la NTS N° 080-MINSA/DGIESP V.04 en el numeral 6.12. señala como se debe llevar a cabo la distribución de vacunas y jeringas según el nivel de responsabilidad:

- ✓ **A nivel nacional:** Las vacunas y jeringas que se usan en la actividad de vacunación regular y complementaria son provistas desde el almacén nacional de acuerdo con la programación anual y distribuida de acuerdo con la confirmación trimestral de las regiones del país. La responsabilidad es asumida por el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES) en coordinación con la ESNi.
- ✓ **A nivel regional:** Las vacunas y jeringas serán distribuidas a través de los almacenes regionales de vacunas teniendo en cuenta una programación y distribución por establecimiento de salud de Redes de Salud, según capacidad de almacenaje.

En cuanto a la distribución de los insumos por parte del MINSA a las Diresas, según Coordinadores de Redes de Salud entrevistados, se realiza de manera trimestral, por su parte las Diresas atienden los pedidos a las redes de salud en un periodo aproximado de 1 o 2 semanas, luego de recibida la orden de pedido. Las redes de salud, según su cuadro de distribución hacen la entrega a las microredes de su jurisdicción, quienes a su vez notifican a los Centros de Salud para que hagan el recojo de las vacunas. Los establecimientos, microred y la red de salud, deben estar abastecidos para tres meses.

De acuerdo con EO12 y EO13, los últimos años 2015 y 2016 la distribución de suministros (vacunas y jeringas) ha sido muy buena, en términos de no existir un desfase significativo con el calendario para la distribución de los mismos, lo cual es posible atribuirlo a un trabajo articulado entre las áreas encargadas a los distintos niveles. Sin embargo, es de conocimiento público que entre los años 2013 y 2014, se presentó un desabastecimiento de algunas vacunas a nivel nacional.

“Diversos nosocomios del Ministerio de Salud...vienen presentando desabastecimiento de la vacuna de aplicación intramuscular antipoliomielitis...Como se sabe en el mes Julio del presente año, con el objetivo de reducir el riesgo de aparición de polio asociado a la vacuna, ..., el MINSA implementó un Esquema Mixto de Vacunación el cual comprende la aplicación de las dos primeras dosis vía intramuscular y la tercera por vía oral, con refuerzos a los 18 meses y 4 años. De esta manera, si bien en el mes de Agosto el Ministerio de Salud adquirió dosis de vacunas intramusculares, éstas han sido insuficientes para abastecer a todos los hospitales a nivel nacional” (Diario Médico, 2013).

Según entrevistados, dado el contexto actual este factor se constituye en clave para la implementación de la ESNI, específicamente en lo relacionado al abastecimiento oportuno de los centros de salud alejados de la microregión. Considerando la variedad de los fenómenos climatológicos como lluvia, huaicos, etc. y las consecuencias de los mismos en algunas regiones de Perú; muchas veces puede ser complicado para el personal de salud, llegar hasta la microred y sobre todo regresar a la comunidad en la cual se encuentra el centro de salud.

Actores operativos, señalan que uso de herramienta tecnológicas, como celulares han sido de gran ayuda para coordinar acciones de recojo de los insumos: “Anteriormente el personal de salud iba a microred cuando está aún no contaba con las vacunas, motivo por el cual debería regresar en los próximos días; hoy en día la microred avisa vía telefónica a la persona de salud en cuanto cuentan con los suministros para que puedan ser recogido de la microred” (Entrevistado EO13).

d) Cadena de frío

La NTS vigente durante los años estudio fue la N° 058-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud para el Manejo de la Cadena de Frío en las Inmunizaciones”, que fuera aprobada en 2007. Esta norma que establece los criterios técnicos para el correcto manejo de la Cadena de Frío en todos los establecimientos del Sector Salud, para la adecuada conservación de las vacunas, durante la recepción, almacenamiento, transporte y su administración al usuario final, se ha mantenido vigente hasta junio de 2017.

Los actores operativos entrevistados coinciden en que la cadena de frío es un factor muy relacionado a la distribución oportuna, por cuanto es el instrumento que se emplea para el transporte de las vacunas a los centros de salud. Además, señalan que el nivel más débil en la cadena de frío, es el nivel local correspondiente a los establecimientos de salud. Según EO12, los termos son los más usados, sobre todo cuando se trata de salir al campo, la mayoría de los termos tienen una duración máxima de 60 horas (dependiendo temperatura ambiente). Sin

embargo, en centros poblados como los de la selva, la alta temperatura ambiente puede hacer que estos termos conserven las vacunas en temperatura adecuada solo 32 horas. El riesgo de pérdida de las vacunas es muy alto, ya que si se sale a campo y queda un saldo de vacunas estas se pierden en el transcurso de regreso al establecimiento de salud. Al respecto, actores operativos precisan que, las comunidades constituyen un aliado importante para evitar este tipo de pérdidas, muchas veces se comunican entre ellos y ayudan a identificar alguien de la comunidad que disponga de un congelador en donde poder encargar las vacunas. Por otro lado, en los últimos años se ha intensificado el uso del datalogger para monitoreo de la temperatura, esto ha permitido un mejor registro para efectos de la información solicitada por el MINSA.

La versión de Expertos Operativos (enfermeros), coincide con Expertos Técnicos, quienes sostienen que los aspectos fundamentales para el adecuado funcionamiento de la cadena de frío son: i) recurso humano, profesionales que se encargan del manejo, distribución, administración y aplicación de vacunas en condiciones de temperatura adecuadas; y ii) equipos de almacenamiento y control de acuerdo con las condiciones locales, tipo de energía existente y distancias por recorrer.

Según ET17, entre el 2011 y 2013 se adquirió mayor cantidad de equipos para cadena de frío, la cual fue distribuida en su totalidad a los establecimientos de salud en el 2016, estos equipos consideraban las características de los departamentos, tal es así que por ejemplo, en la selva se implementó refrigeradoras ice line y otros equipos que almacenan energía solar para su operación.

Lo manifestado por ET17, guarda relación con el informe de la OMS (2014), donde se señala que en el 2013 se hizo una adquisición importante de 13,680 equipos (congeladoras y refrigerados tipo ICELINED), para ser distribuidos a nivel nacional. Sin embargo, se presentaron retrasos para su reparto y se tiene como un desafío asegurar el mantenimiento no solo correctivo, sino preventivo de los equipos de la cadena de frío a nivel nacional.

e) Recursos Humanos

Uno de los aspectos inicialmente no considerados como foco de análisis en la cadena de gestión de suministros, específicamente en esta investigación, son los recursos humanos. Al igual que la ex Coordinadora Nacional de Inmunizaciones (ET4) el ex Ministro de Salud entrevistado (EP16) señala que los recursos humanos son un factor clave para llevar a cabo la implementación de política pública.

Este factor de la variable “gestión de suministros” es considerada como representativo por parte de los actores sociales, según los cuales en los últimos años se ha visto un gran esfuerzo para asignar a un mayor número de profesionales de salud en los distintos establecimientos de salud, especialmente enfermeras⁴². Sin embargo, se debe señalar que no existe una relación de correspondencia entre el número de enfermeros asignados a los establecimientos nivel I-1 y el número de establecimiento de este nivel de atención, al cual acuden para vacunación las madres de los niños que residen en las zonas rurales más alejadas. Si se tiene en cuenta indicios como: en el 2015 se contabilizaron 4,615 establecimientos I-1 del MINSA, a los cuales, según Observatorio de RRHH del MINSA sólo se tenían asignados 2,475 enfermeros, se evidencia la existencia de un déficit de enfermeros en los establecimientos I-1, lo cual podría explicar en cierta medida la baja capacidad resolutive de este nivel de atención. En opinión de actores técnicos y operativos, pese al mayor personal asignado en los últimos años, la relación entre establecimientos I-1 y personal de enfermería asignado, sigo siendo desigual.

Además, opiniones contrastadas señalan que, no sólo se requiere contar con un mayor número de personal de enfermería, sino con un compromiso real por la salud pública, compromiso traducido en honestidad y demás valores. Por ejemplo, en vacunación es mejor perder el insumo biológico (vacunas) por no haberse encontrado en adecuadas condiciones de cadena de frío, que inyectárselo a los niños, ya que no ejercerá ningún efecto protector contra enfermedades.

Finalmente, este factor se ve influenciado por las huelgas de personal sanitario. En relación con los años de estudio, entrevistados señalan que desde el 2015 hasta la actualidad las huelgas de personal sanitario han sido controladas y mediana intensidad. Sin embargo, alrededor del 2014 se presentaron las huelgas medicas más largas “en la práctica veces sucede que, aún que sólo sean los médicos los que estén en huelga, esto altera la dinámica laboral, sobre todo en los centros salud pequeños, en donde ocurre que al ser médico el jefe, todo el personal apoya la huelga. En la práctica todos están de huelga” (Entrevistado ET4). En esta misma línea entrevistados de la DGSP, comentan que a mediados del 2014 se presentó también la huelga de personal de enfermería, exigiendo mejor materiales y equipo para trabajar, así como hacer efectivo el incremento salarial ofrecido por la ministra de ese entonces.

3.3.4 Normatividad y herramientas

Los resultados de la aplicación de la escala de Likert señalan que, los cuatro grupos de actores consideran que el factor más importante para la implementación de la ESNI relacionado a la

⁴² Según el Observatorio de Recursos Humanos en Salud – DGGDRH MINSA, el número de enfermeros a nivel nacional fue de: 32,804 en el 2012; 22,666 en el 2013; 25,803 en el 2014; 25,953 en el 2015 y 27,922 en el 2016.

normatividad y herramientas, es que se debe ajustar a estándares internacionales, por tanto se considera un factor clave.

a) Cumplimiento de estándares internacionales,

Las relaciones de nuestro país como la OMS/OPS datan de 1974, en el aquel entonces la OMS/OPS contribuían con el país mediante asistencia técnica para el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), su apoyo fue importante para garantizar que el Programa cumpla con estándares internacionales, acogiendo a las buenas prácticas en materia de inmunizaciones.

“Si bien la OMS es la entidad de primera línea en salud pública, encargada de gestionar políticas en materia de prevención, promoción e intervención en salud en el mundo. UNICEF ha contribuido a que países como Perú, enfoquen también su atención en niños y niñas de las áreas indígenas y rurales del país, a fin de garantizar que el derecho universal de salud llegue a las poblaciones más vulnerables, respetando sus costumbres y tradiciones” (Entrevistado ET4).

Desde la creación de la ESNI en el 2004, contó con un Comité Consultivo, el cual según Mendoza (S/N) estaba conformado por 10 entidades: Sociedades Pediatría, Sociedad de Gineco Obstetricia; Sociedad de Infectología, Seguridad Social; Consejo Nacional para la Autorización de Universidades (CONAFU), Instituto Especializado de Salud del Niño; UNICEF; OPS/OMS; Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI) y Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MINDES) (actual MIMP). Posteriormente, se contó también con un Comité de Expertos, integrado por las distintas direcciones del MINSA que participan en la implementación de la ESNI, ambos comités como órganos de asesores, que hasta la actualidad se reúnen para debatir y consensuar los cambios de la ESNI y/o cualquier otra medida vinculada a su implementación. Esto genera confianza en la población, en cuanto a que las medidas en materia de inmunización han sido diseñadas por expertos en la materia y recoge las buenas prácticas internacionales.

Además, muchos de los entrevistados consideran que, siempre que la normativa se ajuste a estándares internacionales, se garantiza en gran medida que tenga un esquema completo, ajustada a su realidad, que comprenda criterios de interculturalidad y accesibilidad geográfica, para la implementación de la ESNI.

b) Procedimiento operativo de acorde con normativa vigente.

La norma técnica de salud que establece el esquema nacional de vacunación (NTS N° 80-MINSA), detalla los procedimientos para la implementación operativa, por tipo de vacuna

considerada en el esquema de vacunación, según los expertos entrevistados es posible decir que es la norma más completa que se tiene el país para implementación de una estrategia. La última versión de la estrategia es la aprobada y publicada en agosto del 2016: NTS N° 80-MINSA/DGIESP V04. En opinión de los entrevistados que desempeñaron el cargo de Coordinador Nacional de Inmunizaciones, en dicha materia todo está normado y publicado para su implementación a nivel nacional, si se presenta algún problema en la implementación operativa, es poco probable que deba atribuirse a que no haya sido reglamentado, sino al desconocimiento y/o omisión por descuido de los encargados de la parte operativa.

Por su parte, según las enfermeras entrevistas con experiencia en la parte operativa a nivel local, afirman que lo manifestado por los Coordinadores Nacional de Inmunizaciones, respecto a la claridad de la norma técnica con relación a la implementación operativa de la ESNI, específicamente el traslado de biológico (vacunas), manejo adecuado de la cadena de frío y la aplicación de vacunas a los niños. Sin embargo, señalan que uno de los aspectos más críticos y clave en el proceso, es la cadena de frío, mantener un adecuado control de esta va a depender de las condiciones geográficas, de transporte y disponibilidad de energía ante posibles eventualidades que no permita llegar a lugar en donde se encuentra la población a vacunar.

c) Enfoque intercultural en la implementación de la ESNI.

La NTS que rige la implementación de ESNI, hace referencia en más de una sección al respeto por la costumbres y tradiciones en las comunidades en donde ha de ser implementada, así como a las consideraciones ante las comunidades indígenas y/o poblaciones excluidas y dispersas, tal es así que de manera explícita en la sección 5.7 de la NTS se señala que: “el calendario de vacunación en comunidades indígenas, debe ser flexible, considerando márgenes de intervalos de mínimo 4 semanas, esto en razón, al número y frecuencia de las visitas que realizan los equipos itinerantes de salud que brindan Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED)”, esto como claro vínculo con la NTS N° 081-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud de los Equipos de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas, que forma parte de las bases legales de la NTS que rige la implementación de ESNI.

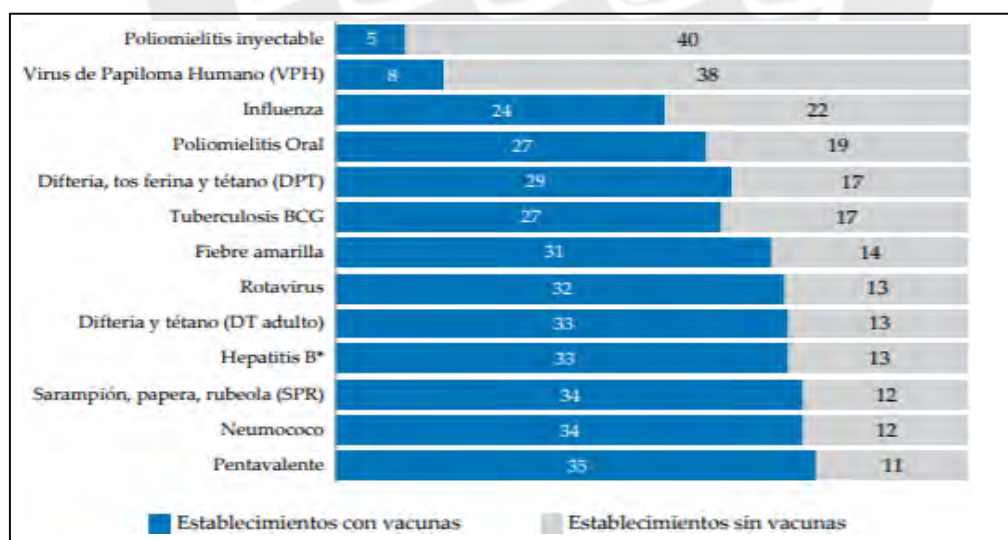
Más de un entrevistado considera que, si bien la NTS no señala el perfil del personal que debe contratarse para implementar la ESNI en provincias o distritos donde se alberga a población indígena, es una buena práctica impulsada por las redes de salud, de contratar a personal técnico que conoce la comunidad y maneja el idioma de la misma, esto a fin de que sea recibido y pueda vacunar a los niños. Es un reto implementar cobertura en las comunidades indígenas, sobre todo

si está a cargo de personal que probablemente sea muy capacitado, pero no conoce la comunidad o proviene de fuera de la zona.

La experta entrevista, miembro de la OMS (ET3), señala que cerrar las brechas de cobertura de vacunación en las regiones con población indígena, sigue siendo un reto en el Perú. Para tener un claro ejemplo, la OMS (2014) presenta las cifras de la encuesta de salud y nutrición de niños menores de 5 años realizadas en Bagua y Condorcanqui (departamento de Amazonas), en donde se aprecia que, en el 2012, el 70% de la población no indígena recibió la vacuna antihepatitis B, contra un 41.6% de la población indígena que recibió la misma.

En la misma línea, el representante de la Organización Civil entrevistada hizo referencia a que la Defensoría del Pueblo realizó una Supervisión en Salud Intercultural en el 2013, en la cual se evidenció que existía un desabastecimiento de vacunas en gran parte de los establecimientos de salud que atienden a poblaciones indígenas. Según el informe de la Defensoría del Pueblo (2015) en esta visita de supervisión se encontró que la población indígena infantil de la Amazonía peruana se encontraba vulnerable a enfermedades inmunoprevenibles, producto del desabastecimiento de vacunas en una proporción considerable de los establecimientos de sus comunidades, lo que evidenció la necesidad de que se tomen medidas urgentes para revertir esta situación que afecta su derecho a la salud.

Gráfico N° 14: Disponibilidad de vacunas en ES en Comunidades Indígenas (2013)



Fuente: elaboración por la Defensoría del Pueblo (2015), PP. 71. Ficha a establecimientos de salud que atienden pueblos indígenas, supervisión 2013.

El apoyo de la comunidad internacional para mejorar la implementación de la ESNi en comunidades indígenas, según expertos ha sido visible en los últimos años 2015, 2016 y 2017, el MINSA con apoyo de UNICEF llevo a cabo diversas capacitaciones al personal de salud de Condorcanqui y Nieva (dpto. Amazonas), sobre cómo aplicar criterios de interculturalidad y la importancia de esta para mejorar las coberturas de vacunación y atención en general de los niños.

d) Accesibilidad geográfica

Finalmente, los entrevistados en su mayoría coinciden en que “asignación de presupuesto considera accesibilidad geográfica” no es aún un factor resaltante de esta variable. A pesar de que la NTS N° 080-MINSA/DGIESP V.04 en el numeral 6.11. “Financiamiento”, establece que: “el Sistema Informático Nacional de Defunciones (IGSS), los Gobiernos Regionales (GORE), las Gerencias Regionales de Salud (GERESA), las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), la Dirección de Salud (DISA) y UE, tienen la responsabilidad de asegurar el presupuesto para el financiamiento de: Recurso Humano, materiales, insumos, gastos operativos de vacunación (supervisión, evaluación, monitoreo, capacitación), trabajo extramural (movilidad local, combustible, y pasajes), para el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de refrigeración de cadena de frío y los insumos de bioseguridad para la eliminación de los residuos sólidos y distribución de insumos médicos y materiales a los establecimientos de salud”. Entrevistados con experiencia en PPR, precisan que el presupuesto asignado para vacunación a niños en las regiones está en el marco del PAN, y la distribución que se hace entre los diferentes departamentos o regiones considera sobre todo las brechas a cubrir en cada uno de los departamentos, más no la condiciones de accesibilidad que geográfica; en tal sentido se asigna un mayor presupuesto a las regiones con mayores brechas. Por su parte, al interno de los departamentos, las DIRESA, DISA y sobre todo las UE (en muchos casos Redes de Salud) son la que distribuyan el presupuesto asignado.

Con relación a la distribución del presupuesto por parte de las UE (Redes de Salud), según la Coordinadora de Inmunizaciones (Red de Salud) entrevistada (EO14), la asignación de presupuesto entre una y otra red puede ser arbitrario, tal es así que, el personal contratado para vacunación por una Red de Salud A puede ganar S/. 1,800 en zona rural, mientras el personal contratado por la Red de Salud B en el mismo departamento, para zonal rural puede ganar S/. 2,800, considerando que los centros poblados tanto de A como B se encuentra a similares distancias, y el personal mejor remunerado no necesariamente desempeña sus funciones en la localidad más alejada. Esto genera desincentivos en el personal, que atañen directamente en la

gestión del presupuesto asignado a la Red de Salud y su distribución que, para el caso de vacunación, no considera el costo en que incurrirá el vacunador para su traslado.



CAPÍTULO 4. Conclusiones y recomendaciones

El Programa Nacional de Inmunizaciones de Perú creado en 1972 fue sustituido por el Programa Ampliado de Inmunizaciones en 1979 como respuesta a las disposiciones de la OMS en materia de salud pública. A partir del PAI y en virtud de los distintos lineamientos progresivos emitidos por la OMS/OPS, en el 2002 se aprueban los “Lineamientos de Política Sectorial para el período 2002 – 2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico del Quinquenio agosto 2001 – julio 2006”. A raíz de dichos lineamientos y en base a los compromisos internacionales de erradicar enfermedades, en el 2004 se crean 10 Estrategias Sanitarias Nacionales (ESN) como parte de la Política Nacional de Salud, entre ellas la ESNI. El objetivo de la ESNI es mantener el Perú libre de enfermedades inmunoprevenibles y mantener coberturas superiores al 95%, tal y como indican los estándares internacionales.

El análisis de la implementación de la ESNI a partir del indicador de desempeño “niños menores de 36 meses con vacunas completas para su edad” en el periodo 2013-2017, período de alcance de este estudio, evidencia el año 2014 como el de menor cobertura registrada (61.06%) mientras que en 2017 se alcanzaron los mayores niveles, con un 74.63%. Se destaca la inconsistencia entre los valores reportados por el ENDES y los compartidos por el MINSA a la OMS, con valores significativamente mayores, pero en ningún caso alcanzando el 95% que señala como adecuado los estándares internacionales. La falta de consistencia en las bases de datos impide una visión única sobre la evolución de las inmunizaciones en el Perú, lo que representa una limitación para el análisis y evaluación de las inmunizaciones como medida de intervención pública impulsada por el Gobierno de Perú.

Este estudio, tras analizar la implementación de la ESNI y en función a los resultados de las entrevistas realizadas en relación a los factores clave para la implementación de la ESNI, rechaza parcialmente la hipótesis inicial, en la que se presumía que los factores clave que influyen en el proceso de la implementación de la ESNI eran i) coordinación con la población, ii) normatividad y herramientas con criterios de interculturalidad, iii) adecuada asignación de presupuesto, y iv) cadena de frío. En tal sentido, los resultados de la evaluación concluyen que, si bien estas variables son importantes, existe un claro orden de ponderación en relación a su importancia en la implementación la ESNI, de acuerdo al siguiente detalle, en orden de mayor a menor importancia: 1) Impulso político; 2) Coordinación entre actores; 3) Gestión de Suministros; y 4) Normatividad y herramientas. Asimismo, se han valorado diferencialmente los diversos factores asociados a las variables analizadas. En este sentido, los factores claves para la implementación

de la ESNI en el contexto actual son: 1) tema presente en agenda política; 2) coordinación interinstitucional; 3) distribución oportuna de suministros; y 4) normatividad y herramientas ajustada bajo estándares internacionales. Los otros factores si bien influyen en la implementación de la ESNI de forma eficiente para lograr los resultados óptimos (cobertura mayor al 95%), no se consideran como críticos.

El estudio concluye que el factor clave que moviliza la variable “impulso político para la implementación la ESNI” es la presencia en la agenda política de la vacunación de niños. Debido a la efectividad científicamente comprobada de las inmunizaciones en niños y niñas, especialmente en el grupo de menores de 36 meses, la vacunación es un tema que está presente en la agenda política y que ha tomado mayor impulso en los últimos años. Las bajas coberturas de los años 2013 y específicamente el 2014, movilizaron a la población e incrementó la cobertura mediática de este problema, generando reacción casi inmediata por parte de los gestores públicos del MINSA y del Poder Ejecutivo. Los entrevistados en su mayoría señalan que, tras estos acontecimientos en los años 2013 y 2014, los temas de vacunación de niños se incorporaron en la agenda política y el Gobierno, a través del MEF, priorizó la medida sanitaria, destinando mayor presupuesto en años posteriores. En este sentido, el incremento de la asignación presupuestal constituyó una consecuencia del posicionamiento de la vacunación en niños en la agenda política, mostrando un vínculo directo entre estos dos factores. Así mismo, en el marco de la Política Nacional de Inclusión social se emprendieron directrices desde el ejecutivo para un mayor liderazgo y visibilidad del MINSA.

En relación con la coordinación interinstitucional, segundo factor considerado clave para la implementación de la ESNI, existe una relación cercana con el factor relacionado a la agenda política. Es decir, cuando los temas de vacunación incrementan su presencia en la agenda política, se generan medidas inmediatas por el Ejecutivo, que solicita no sólo al MINSA, sino también a otros actores institucionales con injerencias en el tema, la suma esfuerzos para aumentar la cobertura de vacunación de niños y niñas en el país. En relación con este factor, los principales actores para la articulación intersectorial son el MINSA, el MEF y el MIDIS a nivel nacional, las direcciones de salud a nivel regional y los centros de salud a nivel local. La alineación de los intereses del orden político en los distintos niveles de gobierno y actores institucionales guarda relación con el grado de coordinación interinstitucional que soporta la implementación de intervenciones públicas como la ESNI. Es así, que los resultados del estudio señalan que siempre que existan niveles altos de coordinación a nivel interinstitucional, se verá mejorada también la relación de las instituciones con las comunidades. Estos aspectos de

comunicación con la comunidad son parte de los esquemas de comunicación del MINSA y deben implementarse sobre todo a nivel regional y local, para dar a conocer a la población los beneficios de la vacunación oportuna, aclarar dudas o temores generados por grupos antivacunas, promover el compromiso de los padres a vacunar a sus niños, entre otros. Del mismo modo, se garantiza un trabajo articulado por el MIDIS y MEF para, en el marco del FED, promover las acciones de los gobiernos regionales relacionadas al cumplimiento de los indicadores para efectos de recibir el bono que les corresponde, por cumplir entre otras condiciones, el mantenimiento o incremento de las coberturas de vacunación. Al respecto resulta importante señalar que, en el periodo de estudio, el FED se ha convertido en un instrumento de incentivos para el gobierno regional, asociado no sólo a aspectos económicos, sino con el objetivo de la mejora de los niveles de salud y la calidad de vida de su población. Así, se concluye que el FED representa una herramienta ágil para promover las acciones articuladas a nivel intersectorial dentro de las regiones.

Respecto al factor clave para la implementación de la ESNi bajo la variable gestión de suministros, destaca el factor “distribución oportuna”. El estudio señala que el factor adquisición de suministros es asimismo un factor clave en la gestión de estos, lo cual se ha evidenciado en los años 2013 y 2014 por la manera en cómo la falta de vacunas afectó a la consecución de las metas asociadas al indicador “menores de 36 meses con vacunas completas para su edad”. En los últimos años la adquisición de vacunas, jeringas, y demás suministros básicos para vacunación, se viene llevando a cabo de manera regular y sin levantar acontecimientos trascendentales que llamen la atención de toda la comunidad; esta continuidad en la adquisición de materiales, sin eventos importantes que afecten a los procesos, podría ser motivo de que no haya resultado en el este estudio como un tema resaltado por las personas entrevistadas. Por otro lado, se señala que a pesar de las grandes compras de vacunas que ha reportado el MINSA en los últimos años, el desabastecimiento de vacunas en los centros de salud, principalmente en las zonas rurales del país, sigue siendo un problema constante. Esta situación tiene sus causas, en primer lugar, por una deficiencia en la distribución de las vacunas por parte de las DIRESA, Redes de Salud, y Microredes a los establecimientos de salud. Mientras que en algunas regiones se cuenta con personal que se encarga de transportar las vacunas en condiciones adecuadas hasta los centros de salud, se reporta también la existencia de casos muy usuales en donde el personal encargado del centro de salud y/o vacunador debe encargarse del recojo de los suministros para llevarlos y aplicarlos en su centro de trabajo. En este sentido, el estudio concluye también en que la distribución de suministros para el abastecimiento oportuno de los centros de

salud alejados de la Microred representa un desafío, y requiere implementar prontas medidas que garanticen su adecuado abastecimiento.

En relación con el factor de recursos humanos, el estudio destaca la existencia de una desproporcionalidad entre el número de establecimientos del nivel I-1, donde se brinda básicamente el servicio de vacunación, y el personal de enfermeros, a pesar del incremento sostenido del personal sanitario en los últimos años. Esta situación resalta la necesidad de: i) revisar la metodología de la estimación de brechas de personal de enfermería en establecimientos del nivel I-1, ii) desarrollar estrategias de reclutamiento, y iii) potenciar el servicio de vacunación brindado en los establecimientos del nivel I-1 mediante charlas y visitas domiciliarias obligatorias.

Finalmente, en relación con la variable “normatividad y herramientas” el factor resaltado como clave es el ajuste a los estándares internacionales. Perú es uno de los países con el esquema de vacunación más completo de la región, el mismo que se encuentra alineado a los estándares internacionales para vacunación que emite la OMS/OPS, buscando prevenir el mayor número de enfermedades que causan grandes epidemias a través de la generación de anticuerpos que evitan contraer infecciones o enfermedades futuras producidas por virus. El estudio concluye que no sólo es importante cumplir con estándares internacionales, sino también adecuarlos al contexto peruano. En tal sentido, actores técnicos señalan que incluso en las recomendaciones de la OMS para la implementación de programas/estrategias de vacunación en los países de la región se recomienda aplicar criterios de interculturalidad y heterogeneidad de la población para el establecimiento de los procesos y procedimientos para brindar el servicio de vacunación. Bajo esta premisa, el factor enfoque intercultural y consideración de la accesibilidad geográfica son sumamente relevantes para mejorar los resultados de la implementación de la ESNI en el país.

Una de las principales conclusiones del estudio, tras el análisis de los factores y variables que impactan en la implementación de la ESNI, es la significativa interrelación entre ellos. Así, no es posible aislar cada uno de los factores; por el contrario, existe un efecto de causalidad y vinculación de entre ellos. En tal sentido, el gobierno del Perú en el marco de la implementación de la ESNI y a efectos de alcanzar los estándares internacionales en materia de inmunización, ha de tomar en cuenta criterios técnicos, institucionales, administrativos, financieros y sociales, interrelacionados entre sí y en un contexto heterogéneo y cambiante de la realidad peruana. Esta situación de complejidad representa para el Perú uno de sus más grandes retos.

A partir de la evaluación del proceso de la implementación de la ESNI se proponen las siguientes recomendaciones, focalizadas en aspectos operativos y de política pública:

- La coordinación en el trabajo sectorial y multisectorial suma esfuerzos para la mejora en la eficiencia de la gestión pública. Por un lado, el MINSA ha de establecer estrategias de implementación claras, con definición de roles, presupuestos, tiempos y metas a corto, mediano y largo plazo, que integren los diferentes actores del sector tanto a nivel nacional como a nivel regional y local. Los incentivos para la ejecución de estas estrategias han de ir más allá de los económicos, asegurando niveles de participación y cobertura en todo el país. Así, por ejemplo, el FED contribuye a que el presupuesto destinado a las regiones en el marco del PAN se ejecute específicamente en actividades de vacunación. Sin embargo, las estrategias en salud han de desarrollar nuevos e innovadores mecanismos de incentivos más allá de los económicos, con la participación de los gobiernos regionales y locales.
- Es necesario que el Gobierno refuerce la adquisición y distribución oportuna de las vacunas (desde la planificación de la población candidata a la vacunación, hasta la entrega de suministros en los Centros de Salud) con el fin de conseguir un abastecimiento adecuado y oportuno a nivel nacional, regional y local. Asimismo, el incremento de personal sanitario en los establecimientos del primer nivel de atención resulta relevante, no sólo por su desempeño como vacunadores, sino también como agentes informadores y para el monitoreo de los datos de población beneficiaria de los programas de vacunación promovidos por el MINSA. Esto implica analizar la política de asignación de personal de salud por nivel de establecimiento de salud y reestructurar las necesidades a nivel local y regional.
- En el marco de la NGP y el enfoque de gestión por resultados, la implementación de una intervención pública debe incorporar un enfoque de calidad, es decir que la medida permita realmente contribuir a reducción del problema que pretende hacer frente, para ello resulta fundamental contar con indicadores que permitan monitorear y evaluar su desempeño. En la implementación de la ESNI se requiere de indicadores de desempeño reconocidos por todos los actores involucrados, quienes deberán asumir el compromiso para trabajar en el cumplimiento de las metas establecidas por la Estrategia. Las metodologías impulsadas por el MINSA y el MEF-ENDES han de ser homogéneas a nivel nacional, regional y local para permitir un seguimiento uniforme de los indicadores de producto y resultado. Sin una información veraz y sincerada es difícil establecer hojas de

ruta y necesidades específicas para cada región y para cada grupo beneficiario. Se recomienda establecer una metodología única para el monitoreo y seguimiento de las cifras de cobertura y calidad de los servicios de inmunización. Con la información recabada, el MINSA debería ser la entidad responsable de publicar las cifras oficiales en materia de cobertura de inmunización, de acuerdo con el cronograma de vacunación establecido por la ESNI.

- La ciudadanía es un actor esencial en el logro de los objetivos de la ESNI. Su participación en un modelo de implementación Bottom-up durante el diseño de campañas, así como en la ejecución y el monitoreo de estas, permitirá un mejor entendimiento de los programas de inmunización y una mayor aceptación por parte de la ciudadanía, en cuanto a las medidas establecidas para su implementación. El MINSA, en este sentido, es responsable de involucrar a la ciudadanía, haciéndola parte de este reto para el país. Así mismo, la ciudadanía debe procurar una participación crítica, pero a su vez de aportes constructivos que lleven al MINSA a realizar los reajustes necesarios al proceso de la implementación de ESNI, con el único fin de ampliar su cobertura a los lugares más alejados del país, en un afán por garantizar que más peruanos disfruten de su derecho a contar con mayor acceso a servicios de salud fundamentales como vacunación.

Bibliografía

- Alcalde-Rabanal, Jacqueline; Lazo-González, Oswaldo y Nigenda, G.
2011 Sistema de salud de Perú, en Salud Pública de México, Vol. N° 53, Suplemento 2, pp. 243-254.
- Arellano, David y Cabrero, Enrique
2005 Gestión y Política Pública. En La nueva Gestión Pública y su teoría de la organización: ¿Son argumentos antiliberales? Justicia y equidad en el debate organizacional público (págs. 599 - 618). México: CIDE.
- Barzelay, Michael
1998 Atravesando la Burocracia. Una nueva perspectiva de la Administración Pública. Fondo de Cultura Económica – FCE, México.
- Bañon, Rafael y Carrillo, Ernesto (comps.)
1997 La nueva administración pública. Alianza Editorial, S.A., Torrejón de Ardoz- Madrid.
<http://www.iapgroo.org.mx/website/biblioteca/LA%20NUEVA%20ADMINISTRACION%20PUBLICA.pdf>

Bardach, Eugene

1978 The Implementation Game: What Happens After a Bill Becomes a Law. Massachusetts Institute of Technology Press.

Beltrán, Arlette y Grippa, Ana Rosa

2006 Políticas efectivas para reducir la mortalidad infantil en el Perú: ¿Cómo reducir la mortalidad infantil en las zonas más pobres del país? Documento de Discusión DD/06/15. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Consultado 11 de noviembre de 2017.

<http://repositorio.up.edu.pe/bitstream/handle/11354/311/DD0615.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Basu, Kaushik

1997 "On Misunderstanding Government: an Analysis of the Art of Policy Advise", Economics and Politics, Vol. 9, N°3.

Defensoría del Pueblo

2015 La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural. Serie Informes Defensoriales: Informe N° 169. Consulta 18 de noviembre 2017.

<https://www.unicef.org/peru/spanish/Informe-Defensorial-N-169-derecho-pueblos-indigenas-salud-intercultural.pdf>

BID y CLAD

2007 Modelo Abierto de Gestión para Resultados en el Sector Público. Consulta 10 de noviembre de 2017.

https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiU5Y-WsbXXAhUI4oMKHUDXCtMQFggIMAA&url=http%3A%2F%2Fold.clad.org%2Fdocumentos%2Fotros-documentos%2Fmaterial-didactico-curso-bogota-2011%2F8.-modelo-abierto-gprd-sector-publico%2Fat_download%2Ffile&usq=AOvVaw1-nl96ZbLFdXsZ8MH_q0Fx

Birkland, Thomas

2005 "An introduction to the policy process: theories, concepts, and models of public policy making" Second Edition. New Cork: M.E Sharpe.

Cabezas-Sánchez, César y otros.

2014 Prevalencia de la infección por el virus de hepatitis B en niños menores de 5 años de comunidades indígenas de la Amazonía Peruana, posterior a intervenciones mediante inmunización. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública. 31 (2): 204 -10. Consultada 25 enero de 2017. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v31n2/a03v31n2.pdf>

Chica Vélez, Sergio

2011 Una mirada a los nuevos enfoques de la gestión pública. Administración & Desarrollo. Bogotá - Colombia. Consultado 26 de octubre de 2017. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3776682.pdf>

Cordero, Luis y Salhuana, Roger

2015 Sistematización del Programa de Apoyo Presupuestario al Programa Articulado Nutricional – EUROPLAN, ACE International Consultants.

Chuaire, María Franco y Scartascini, Carlos

2014 La política de las políticas públicas: Re-examinando la calidad de las políticas públicas y las capacidades del Estado en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC. http://www.iadb.org/es/investigacion-y-datos/publication-details,3169.html?pub_id=IDB-PB-220

Corzo, Franco

2014 ¿Cuál es el ciclo de vida de las políticas públicas?. México. IEXE editorial. <https://www.iexe.edu.mx/blog/cual-es-el-ciclo-de-vida-de-las-politicas-publicas.html>

Creswell, John

2009 Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. SAGE Publications Inc., California, USA.

Currea-Lugo, Víctor

2005 La salud como derecho humano, Cuadernos Deusto de Derechos Humanos. Universidad de Deusto. Consulta 10 de noviembre de 2017. <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/cuadernosdcho/cuadernosdcho32.pdf>

Diario Médico

2013 Hospitales del MINSA presentan escasez de vacunas inyectable contra la polio. <http://www.diariomedico.pe/?p=6123>

Erazo, Ximena; Abramovich, Victor y Orbe, Jorge

2008 Políticas públicas para un Estado social de derechos. El paradigma de los derechos universales. Vol II. LOM Ediciones/Fundación Henry Dunant América Latina, Santiago de Chile.

Feinstein, Osvaldo y otros.

2016 La evaluación de políticas. Fundamentos conceptuales y analíticos. Corporación Andina de Fomento. Consulta 31 de julio de 2018. <http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1008/Version%20Web%20Evaluacion%20de%20politicas%20.pdf>

Gutiérrez, Ericson y otros.

2016 Uso de la evidencia en políticas y programas de salud aportes del Instituto Nacional de Salud. En Rev. perú. med. exp. salud publica vol.33 no.3 Lima jul./set. Consulta 11 de noviembre de 2017 http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342016000300027&script=sci_arttext&tlng=en

Hernández, Roberto

2010 Metodología de la investigación, 5ta edición. Mc Graw Hill, Interamericana Editores, S.A. México.

Hill, Michael y Hupe, Peter

2002 Implementing Public Policy. Journal of Social Policy, Cambridge University Press.

Hodge, David y Gillespie, David

2003 Phrase Completions: An Alternative to Likert Scales. Social Work Research/27,45 -55. Consulta 13 de mayo de 2018. <http://dx.doi.org/10.1093/swr/27.1.45>

INEI

2011 Perú: Migración Interna Reciente y el Sistema de Ciudades, 2002 – 2007. Pp. 130. Lima – Perú.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1025/libro.pdf

Jones, Charles

1984 An Introduction to the Study of Public Policy. Belmont, C.A., Wadsworth.

Knoepfel, Peter y otros.

2007 Hacia un modelo de análisis de políticas públicas operativo. Un enfoque basado en los actores, sus recursos y las instituciones. En Ciencia Política, volumen 2 – Número 3. ISSN 1990-230X. Consulta 25 de abril 2017.
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/cienciapol/article/view/17521/18378>

Lahera, Eugenio

2008 Introducción a las políticas públicas. Fondo de cultura Económica, México D.F.

Landini, Fernando; Gonzáles, Valeria y D'Amore, Eliana

2014 Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(2):231-244. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n2/0102-311X-csp-30-2-0231.pdf>

Matthews, Joseph R.

2005 Strategic planning and management for library managers. Westport, Conn.: Libraries Unlimited.

Medina, Giovanna

2010 Factores socioeconómicos y culturales que influyen en la asistencia a la estrategia de inmunización de las madres de niños menores de 1 año en el Centro de Salud “Mi Perú” Ventanilla 2007. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Consultada 11 de noviembre de 2017.
http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3934/1/Medina_Valdivia_Giovanna_Sulamid_2010.pdf

Mesa de Concertación para la Lucha contra la pobreza

2014 Alerta - Situación de la Vacunación a los menores de 3 años, Lima, Perú. Consulta 15 de setiembre 2017. https://www.unicef.org/peru/spanish/ALERTA_Vacunas.pdf

Mesinas, Jorge y Torres, Samuel

2013 Difusión – Directiva N° 001-2013-EF/50.01 Directiva para los Programas Presupuestales en el marco de la Programación y Formulación del Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2014, MEF – Lima. Consulta 20 de diciembre 2017.
https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/ppr/talleres/difusion_PP2014.pdf

Mejía Jiménez, Juliana

2012 Modelos de implementación de las políticas públicas en Colombia y su impacto en el bienestar social. Analecta polit. Vol.2|N° 3| PP.141 – 164. Medellín – Colombia

Meny, Yves y Thoenig, Jean-Claude

1992 Las Políticas Públicas. Versión española a cargo de Francisco Morata. Editorial Ariel, S.A. Barcelona – España.

Moore, Mark

1995 Gestión estratégica y creación de valor en el sector público. Barcelona - España: Ediciones Paidós - Ibérica.

Moreno, Carlos

2015 “Empoderamiento económico y género. Un caso de implementación de política en el ámbito municipal”. México. En Gestión y Política Pública, volumen XXIV – n 2, II semestre 2015, pp. 579 – 612. Consulta 9 de noviembre de 2017. <https://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/3165/empoderamiento%20econ%C3%B3mico%20y%20g%C3%A9nero.pdf.pdf?sequence=2>

Muller, Pierre

2006 Las políticas públicas. Universidad Externado de Colombia, Bogotá – Colombia.

Muller, Pierre

2007 En: Jorge Iván Cuervo et al. Ensayos sobre políticas públicas (pp. 11-13). Bogotá: Editorial Universidad Externado de Colombia

Nelson, Bárbara

2001 Políticas públicas y administración: una visión general. En: Robert Goodin y Hans Dieter Klingemann. Nuevo Manual de Ciencia Política (pp. 795-860). Madrid - España

OMS

2014 Evaluación Integral de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones del Perú. Realizada entre el 20 y 31 de octubre de 2014. Lima, Perú. Consultado 18 de noviembre de 2017. <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/ESNI2014.pdf>

OMS

2016 Informe de la Secretaria – Plan de acción mundial sobre vacunas. EB140/25 del 28 de noviembre de 2016. Consultado 14 de noviembre de 2017. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_25-sp.pdf

OMS/OPS

2017 Herramientas para el monitoreo de coberturas de intervenciones integradas de salud pública. Vacunación y desparasitación para las geohelmintiasis. Consultado 20 de mayo de 2018. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34511/9789275319826-spa.pdf>

Olavarría, Mauricio

2007 Conceptos básicos en el Análisis de Políticas Públicas. Documento de Trabajo. Instituto de Asuntos Públicos de la Universidad de Chile.

OPS

2014 Infecciones Respiratorias Agudas en el Perú. Experiencias frene a la temporada de bajas temperaturas. Lima, Perú. Consultada 10 abril de 2017. <http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2014/PDF/iras.pdf>

Ortegón Quiñones, Edgar

2015 Políticas públicas: Métodos conceptuales y métodos de evaluación. Huancayo: Universidad Continental. Fondo editorial.

Oyarce, Hector

(S/N) Gerencia Pública. En ILPES – CEPAL. Consulta 9 de noviembre de 2017.

https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/4/45114/Gerencia_Publica2011_HOYARCE.pdf

Pedraza Arias, Andrea

2011 Modelo de Gestión de Redes y Microredes de Salud. Políticas en Salud – USAID.

Consulta 17 marzo 2017.

<http://www.politicasensalud.org/site/documentos/34%20Modelo%20de%20Gestion.pdf>

Pressman, Jeffrey y Wildavsky, Aaron

1998 Implementación. Cómo grandes expectativas concebidas en Washington se frustran en Oakland. Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública A.C., Fondo de Cultura Económica, México.

Raidan, Ariel

2009 La implementación de mecanismos de coordinación para la superar de los desafíos de la Gestión Pública. Facultad de Ciencias Sociales – UBA. Consultada 25 octubre de 2017

<http://biblioteca.municipios.unq.edu.ar/modules/mislibros/archivos/RaidanRedMuni2009.pdf>

Red-DESC

(S/N) El derecho a la salud. Los Estados Partes en el presente Los Estados Partes en el presente del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Consultada 11 de noviembre de 2017

<https://www.esrc-net.org/es/derechos/salud>

Rein, Martin y Rabinovitz, Francine

1978 “Implementation a Theoretical Perspective” in W.D. Burham and M.W, Weinberg, American Politics and Public Policy.

Repetto, Fabián

(S/N) La Dimensión Política de la Coordinación de Programas y Políticas Sociales: Una aproximación teórica y algunas referencias prácticas en America Latina. Biblioteca virtual TOP. Consultada 25 de octubre de 2017

<http://www.top.org.ar/ecgp/FullText/000003/3246.pdf>

Revuelta Vaquero, Benjamin

2007 La Implementación de Políticas Públicas, Universidad de la Sabana. Dikaion, Colombia.

Rouquaud, Inés y Paéz, Mónica

2013 Políticas Públicas, algunas experiencias en Iberoamérica. Clacso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Consulta 25 de octubre de 2017

<http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/coediciones/20131217124114/PoliticasPublicas.pdf>

Ruiz, Richar

(S/N) Promoción de la Salud y las Estrategias Sanitarias Nacionales - PPT. Asesor – Dirección General de Promoción de la Salud. Ministerio de Salud. Consulta 11 de noviembre de 2017.

ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/actividades/06estrategias_sanitarias_promocion_de_la_salud.pdf

Sabatier, Paul

1986 Top-down and Bottom-up Approaches to Implementation Research: A Critical Analysis and Suggested Synthesis. Journal of Public Policy, Vol. 6, No. 1 (Jan. - Mar., 1986), pp. 21-48. Cambridge University Press. <http://www.jstor.org/stable/3998354>

Schröder, Peter

S/N Nueva Gestión Pública: Aportes para el buen gobierno. En Fundación Friedrich Naumann, oficina regional de América Latina. México D.F. Consulta 9 de noviembre de 2017. <http://relial.org/uploads/biblioteca/44dbee76837e79a6c07bb8219d021843.pdf>

SIS

2011 Quienes somos. Portal web de transparencia del Seguro Integral de Salud. Consulta 12 de enero 2017. http://www.sis.gob.pe/portal/quienes_somos/index.html

Stein, Ernesto

2017 La coordinación, clave para el éxito de las políticas públicas. Ideas que cuenta, Blog del Departamento de Investigación del BID (RES). Consulta 12 de febrero 2017. <https://blogs.iadb.org/ideasquecuentan/2017/03/15/3672/>

Stewart, Hedge y otros.

2008 Public Policy: An Evolutionary Approach. Thomson Wadsworth, Boston MA. USA. https://books.google.com.pe/books?id=dQO5fRM8_IUC&pg=PA116&lpg=PA116&dq=skeletal+flow+diagram+of+variables+involved+in+the+implementation+process&source=bl&ots=PfSDf0kO5T&sig=gNVsREk40IEpiySqXfTmUvbiRpg&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwJux5e3g8HTAhXENiYKHTncA2sQ6AEIITAA#v=onepage&q&f=false

Solis, Lucia

2013 Programa Articulado Nutricional – Gestión Integral de Servicios para la Primera Infancia – Experiencias Nacional. MINSA, Lima – Perú. Consulta 21 de mayo 2017. <http://www.midis.gob.pe/semana-de-la-inclusion-social-2013/presentacion/231100luciasolis.pdf>

Solé, Carlota y otros.

2002 The concept of integration from the sociology of migrations. Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones. Madrid. CEDIME – Migraciones 12, pp. 9 – 41. Consulta 27 de junio 2017. <https://revistas.upcomillas.es/index.php/revistamigraciones/article/view/7194/7034>

Subirats, Joan

1992 Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración. Ministerio para las Administraciones Públicas, Madrid – España. Consultada 25 de octubre de 2017. <https://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/Políticas-Publicas/QL-J7mu21IL.pdf.pdf>

Unesco

1990 Actores de las políticas públicas, Revista Internacional de Ciencias Sociales. Vol. XLII, núm. 1. Catalunya.

Unicef

2012 Estado Mundial de la Infancia – Niñas y niños en un mundo urbano. New York, EEUU. Consultada 23 de marzo de 2018.
https://www.unicef.org/spanish/sowc/files/SOWC_2012-Main_Report_SP.pdf

Unicef

2013 La desnutrición crónica infantil. Perú. Consultada 23 de marzo de 2018.
<https://www.unicef.org/peru/spanish/La-desnutricion-cronica-infantil.pdf>

Valencia, Germán

2011 Contribuciones de las Políticas Públicas al Estudio del Estado. Semestre Económico, volumen 14, No. 30, pp. 87 -104. Universidad de Medellín – Colombia. Consultado 25 de octubre de 2017. <http://www.scielo.org.co/pdf/seec/v14n30/v14n30a5.pdf>

Valencia, Germán y Álvarez, Yohan

2008 La ciencia política y las políticas públicas: notas para una reconstrucción histórica de su relación. Estudios Políticos, Bogotá. <http://www.redalyc.org/pdf/164/16429061005.pdf>

Voces Ciudadanas

2015 Coberturas históricas de vacunación por tipo de vacuna según región de salud en el Perú 2005 – 2015 (enero a mayo 2015), Lima – Perú.

Weiss, Carol H.

1998 Evaluation: Methods for Studying Programs and Policies. Upper Saddle River, N.J. : Prentice Hall.

Wildavsky, Aaron

1979 Speaking truth to power: The act and craft of policy analysis. Boston: Little, Brown.

Winchester, Lucy

2011 Políticas públicas: formulación y evaluación. Por medio de la CEPAL, presentación para el curso internacional: Planificación Estratégica y Políticas Públicas, Guatemala. Consultado 20 de octubre de 2017:
http://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/3/43323/LW_Polpub_antigua.pdf

Younis, Talib

1990 Implementation in public policy, Dartmouth Publishing Company.

Anexo 1: Guía de Entrevista

Fecha: _____ Hora: _____

Lugar: _____

Entrevistadora: Ana Cueva

Nombre de entrevistado: _____

Código: Entrevista N° _____

Grupo de actor al que pertenece: Político () Técnico () Operativo () Social ()

Introducción:

La presente entrevista se realiza en el marco de una tesis para la obtención del grado de Magíster en Ciencia Política y Gobierno con mención en Políticas Públicas y Gestión Pública, la cual ha sido denominada “Factores clave en la implementación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones del Perú 2013-2017”.

El estudio de investigación tiene por objetivo evaluar e identificar los factores clave que influyen en la implementación de la ESNI 2013 - 2017, análisis que toma como punto de referencia la evolución del indicador de desempeño: niños menores de 36 meses con vacunas completas para su edad.

Para tal efecto, se identificó en la literatura y entrevistas preliminares que las variables: i) normatividad y herramientas, ii) gestión de suministros, iii) impulso político y iv) coordinación entre actores, así como, los factores relacionados a las mismas, que afectan el desempeño del indicador de desempeño: niños menores de 36 meses con vacunas completas para su edad. En tal sentido, mediante la opinión de expertos se pretende analizar e identificar los factores claves para la implementación de la ESNI.

Las personas a entrevistar han sido seleccionadas por haber sido parte del proceso de implementación del ESNI, que en su calidad de actores, ya sea: políticos, técnicos, operativos y/o sociales que han visto de cerca su implementación.

Los datos que se recoja en estas entrevistas serán únicamente usados en la presente tesis de investigación, los nombres de las personas entrevistadas serán referenciados bajo códigos y podrán ser citados (nombre) únicamente bajo su autorización, caso contrario se mantendrán en absoluta reserva y no serán mencionados en el documento final de tesis a divulgarse.

Características de la entrevista

La presente es una entrevista que consta de dos partes. La primera parte es una entrevista semiestructurada donde las preguntas centran su atención en aspectos que permitirán arribar al objetivo del estudio inicialmente mencionado.

Son un total de 26 preguntas, con una duración aproximada de la entrevista de aproximadamente 40 min.

Indicador	Preguntas*	Objetivo de la pregunta
Variable dependiente		
1. Implementación de la ESNI	Considera usted que el indicador niños menores de 36 meses con vacunas completas para su edad, es un buen referente para el análisis y la evaluación de la implementación de al ESNI.	Conocer si consideran el indicador, es un buen referente.
Variables independientes		
2.- ¿Qué factores considera usted influyen en la implementación de la ESNI?		Identificar otros factores que podrían afectar a la implementación de la ESNI.
I.- Normatividad y herramientas. El presente estudio considera que la normativa y herramientas son una variable en el modelo de su implementación, la cual se ve afectada por: cumplimiento de estándares internacionales, procedimiento según norma, enfoque de interculturalidad y accesibilidad geográfica.		
<ul style="list-style-type: none"> Lineamientos y herramientas para implementación operativa 		
Esquema de vacunación cumple estándares internacionales (OPS)	3. – Qué opinión le merece el esquema de vacunación vigente que promueve la ESNI para niños. ¿Considera que se ajusta a estándares internacionales? Si o No, ¿Por qué?	Determinar si el esquema cumple estándares internacionales
Procedimiento operativo apropiado y de acorde con el esquema de vacunación vigente.	4.- ¿Considera que los lineamientos para la aplicación de las vacunas son lo suficientemente detallados y precisos, y cumplen su función de orientar la implementación operativa en los establecimientos de salud?	Determinar si los lineamientos son apropiados
	5.- ¿Los lineamientos para la aplicación de las vacunas (lineamientos operativos para la implementación de la ESNI) son de acorde con el esquema vigente?	Determinar si los lineamientos van de acorde con el esquema vigente
	Teniendo en cuenta que nuestro país es un país multicultural.	Conocer el punto de vista del

Indicador	Preguntas*	Objetivo de la pregunta
Percepción sobre nivel de detalle del enfoque intercultural en la normativa operativa	6. ¿Considera relevante que los lineamientos para la implementación de la ESNI incorporen el enfoque intercultural?	entrevistado sobre interculturalidad
	7.- ¿Considera apropiado el nivel de detalle del enfoque de interculturalidad plasmado en las normativas y lineamientos para la implementación de la ESNI?	Conocer su percepción sobre el enfoque plasmado en las normativas y lineamientos.
Asignación de presupuesto considera la variada accesibilidad geográfica	8.- Desde su experiencia: ¿Las normativas para la asignación de presupuesto a las actividades relacionadas a vacunación, específicamente el logro del indicador “menores de 36 meses con vacunas completas para su edad” tienen en cuenta la accesibilidad geográfica de los diversos departamentos del Perú?	Conocer desde la perspectiva de los actores si las normas consideran la accesibilidad geográfica
II.- Gestión de suministros. Se considera que la gestión adecuada de suministros es una variable que contribuye a la implementación de la ESNI, afectada por factores como: planificación, adquisición, distribución, cadena de frío, recursos humanos		
<ul style="list-style-type: none"> Planificación ajustada a la realidad 		
Planificación nacional recoge datos locales	9. ¿Considera usted que la planificación de la población candidata a vacunación, se realiza sobre la base de la información local (real)?	Conocer los criterios para estimar la población a vacunar
<ul style="list-style-type: none"> Adquisición oportuna de suministros 		
La adquisición de suministros (vacunas y jeringas) se realiza de manera oportuna	10. ¿Podría indicarnos si la adquisición de suministros (vacunas y jeringas) se realiza de manera oportuna y función a la población planifica vacunas?	Conocer el proceso de adquisición y los aspectos más resaltantes en la gestión del mismo
<ul style="list-style-type: none"> Distribución oportuna de suministros 		
La distribución de suministros se realiza de manera oportuna en todos los niveles	11. ¿Cuál es su opinión sobre distribución de suministros, desde el nivel central, regional y local?	Conocer su perspectiva sobre la distribución de suministros.
<ul style="list-style-type: none"> Adecuada cadena de frío 		
La cadena de frío es adecuada en cantidad y calidad para las distintas regiones.	12. ¿Considera que la cadena de frío empleada en los distintos establecimientos de salud, es la adecuada según el clima y distancias de los centros poblados?	Conocer su opinión sobre la cadena de frío
<ul style="list-style-type: none"> Adecuada asignación de personal 		

Indicador	Preguntas*	Objetivo de la pregunta
Recursos humanos adecuados para la implementación de la ESNI.	13. ¿Considera usted que existe una asignación adecuada de personal para brindar el servicio de vacunación, específicamente enfermeras?	Conocer su opinión en relación al personal asignado para vacunación
III.- Impulso político a la ESNI. En el presente estudio se considera que una de las variables que contribuyen a su implementación es el impulso político, que se ve afectado por los siguientes factores: agenda política, presupuesto, y liderazgo de la DGSP.		
<ul style="list-style-type: none"> Documentos que evidencian el apoyo para su implementación 		
Tema presente y prioritario en la agenda política	14.- Usted considera que el tema de vacunación a niños y niñas estuvo presente en la agenda del política en los últimos 5 años?	Conocer si el tema formo parte de la agenda de gobierno
<ul style="list-style-type: none"> Asignación de Presupuesto 		
PIM asignado al indicador de producto “menores de 36 meses con vacunas completas”	15.- ¿Considera usted que el presupuesto asignado por el MEF a nivel nacional al producto niños con vacunas completa, era suficiente para alcanzar las metas previstas?	Conocer si la asignación de presupuesto era suficiente para alcanzar las metas.
<ul style="list-style-type: none"> Liderazgo de la DGSP (MINSA) 		
Liderazgo de la DGSP – MINSA para la implementación de la ESNI	16. ¿Considera usted que la DGSP – MINSA ejerce liderazgo en la implementación de la ESNI?	Conocer la opinión de los entrevistados en relación al liderazgo de la DGSP.
IV.- Coordinación entre actores. Esta variable ha sido considerada, dado que existe estudios precedentes que indican que los factores vinculadas a la misma como: coordinación intersectorial y coordinación con la población, afectan a la implementación de la ESNI.		
Percepción del nivel de coordinación de los actores políticos, técnicos, operativos y sociales	17.- Respecto al grado de coordinación entre los diferentes actores, considera usted que existió coordinación interinstitucional entre los diferentes actores MINSA, MEF, MIDIS, GORES, GL?	Conocer si se realizó un trabajo multisectorial para implementar la ESNI
	28.- ¿Considera que en el proceso de implementación de la ESNI existió coordinación cercana con la población beneficiaria (mediante campañas de comunicación, planes para hacer frente a los grupos anti-vacunas, etc).?	Conocer la percepción de la coordinación con la población beneficiaria

Esta es la segunda parte de la entrevista que busca conocer su valoración en relación a las características de las variables que afectan la implementación de la ESNI y posteriormente la ponderación de las mismas.

Para ponderar las características de las variables	
19. Variable: normativa y herramientas para la implementación de la ESNI	
1.1	¿Considera que lo más importante para la implementación de al ESNI, relacionado a la normativa y herramientas, es que cumpla con estándares internaciones? __Muy de acuerdo_De acuerdo_Ni de acuerdo ni en desacuerdo_En desacuerdo_Muy en desacuerdo
1.2	¿Considera que lo más importante para la implementación de al ESNI, relacionado a la normativa y herramientas es que realmente dirija el proceso operativo? __Muy de acuerdo_De acuerdo_Ni de acuerdo ni en desacuerdo_En desacuerdo_Muy en desacuerdo
1.3	¿Considera que lo más importante para la implementación de al ESNI, relacionado a la normativa y herramientas es que contemple el enfoque de interculturalidad? __Muy de acuerdo_De acuerdo_Ni de acuerdo ni en desacuerdo_En desacuerdo_Muy en desacuerdo
1.4	¿Considera que lo más importante para la implementación de al ESNI, relacionado a la normativa es que señale una asignación presupuestal según accesibilidad geográfica? __Muy de acuerdo_De acuerdo_Ni de acuerdo ni en desacuerdo_En desacuerdo_Muy en desacuerdo
20. Variable: gestión de suministros para la implementación de la ESNI	
2.1	¿En su opinión la planificación oportuna y adecuada es el factor más importante relacionado a la “gestión de suministros” para la implementación de la ESNI? __Muy de acuerdo_De acuerdo_Ni de acuerdo ni en desacuerdo_En desacuerdo_Muy en desacuerdo
2.2	¿En su opinión la adquisición oportuna de los suministros es el factor más importante relacionado a la “gestión de suministros” para la implementación de la ESNI? __Muy de acuerdo_De acuerdo_Ni de acuerdo ni en desacuerdo_En desacuerdo_Muy en desacuerdo
2.3	¿En su opinión la distribución oportuna de los suministros es el factor más importante relacionado a la “gestión de suministros” para la implementación de la ESNI? __Muy de acuerdo_De acuerdo_Ni de acuerdo ni en desacuerdo_En desacuerdo_Muy en desacuerdo
2.4	¿En su opinión la una adecuada cadena de frio es el factor más importante relacionado a la “gestión de suministros” para la implementación de la ESNI? __Muy de acuerdo_De acuerdo_Ni de acuerdo ni en desacuerdo_En desacuerdo_Muy en desacuerdo
2.5	¿En su opinión el factor recursos humanos necesarios, es el más importante relacionado a la “gestión de suministros” para la implementación de la ESNI?

	___Muy de acuerdo_De acuerdo_Ni de acuerdo ni en desacuerdo_En desacuerdo_Muy en desacuerdo									
21. Variable: impulso político para la implementación de la ESNI										
3.1	¿En su opinión el factor más importante relacionado al impulso político para la implementación de la ESNI, es que el tema vacunación se encuentre en la agenda política? ___Muy de acuerdo_De acuerdo_Ni de acuerdo ni en desacuerdo_En desacuerdo_Muy en desacuerdo									
3.2	¿En su opinión el factor más importante relacionado al impulso político para la implementación de la ESNI, es la asignación presupuestal adecuada? ___Muy de acuerdo_De acuerdo_Ni de acuerdo ni en desacuerdo_En desacuerdo_Muy en desacuerdo									
3.2	¿En su opinión el factor más importante relacionado al impulso político para la implementación de la ESNI, es el liderazgo de la DGSP? ___Muy de acuerdo_De acuerdo_Ni de acuerdo ni en desacuerdo_En desacuerdo_Muy en desacuerdo									
22. Variable: coordinación de actores										
4.1	¿En su opinión el factor más importante relacionado a la coordinación de actores para la implementación de la ESNI, es la coordinación intersectorial? ___Muy de acuerdo_De acuerdo_Ni de acuerdo ni en desacuerdo_En desacuerdo_Muy en desacuerdo									
4.2	¿En su opinión el factor más importante relacionado a la coordinación de actores para la implementación de la ESNI, es la coordinación con la población? ___Muy de acuerdo_De acuerdo_Ni de acuerdo ni en desacuerdo_En desacuerdo_Muy en desacuerdo									
Para ponderar las variables										
En escala 1 -10 (1: nada importante – 10: demasiado importante)										
1	23. Que tan importante considera la normatividad y herramienta para la implementación de la ESNI...									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	24. Que tan importante considera la gestión de suministros para la implementación de la ESNI...									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	25. Que tan importante considera el impulso político para la implementación de la ESNI...									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	26. Que tan importante considera la coordinación entre actores para la implementación de la ESNI...									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

*Para quienes hayan participado como actores en el proceso de implementación del 2017, en la entrevista se hará referencia a dicho año.

Anexo 2: Relación de Entrevistas

El estudio empleó la metodología de bola de nieve para la selección de los entrevistados. La siguiente tabla detalla los principales actores identificados, quienes se considera brindarán referencia de otros actores que participaron en la implementación de la ESNI en el año 2013 - 2017.

Identificación	Cód.	Fecha entrevista	Ubicación laboral en el periodo bajo análisis
Actores políticos (EP)			
Entrevista 1	EP1	26/08/2017	Consultor Individual (Académico)
Entrevista 2	EP2	15/08/2017	Consultor Individual (Académico)
Entrevista 3	EP16	23/11/2017	Consultor Individual (Académico)
Actores técnicos (ET)			
Entrevista 4	ET3	25/03/2017	Especialista OPS
Entrevista 5	ET4	25/07/2017	MINSA (Técnico)
Entrevista 6	ET5	27/07/2017	BID (Académico)
Entrevista 7	ET6	15/08/2017	MINSA (Técnico)
Entrevista 8	ET7	9/08/2017	MINSA (Técnico)
Entrevista 9	ET8	15/09/2017	Cons. Ind. (Académico)
Entrevista 10	ET9	20/09/2017	INEI (Técnico)
Entrevista 11	ET10	12/10/2017	MEF (Calidad de Gasto Público)
Entrevista 12	ET11	17/11/2017	Cenares (Técnico)
Actores operativos (EO)			
Entrevista 13	ET17	24/11/2017	MINSA (Técnico)
Entrevista 14	EO12	17/05/2017	MINSA (Enfermera)
Entrevista 15	EO13	3/04/2018	Vacunadora - Selva
Entrevista 16	EO14	21/10/2017	Coordinadora Regional
Actores Sociales (ES)			
Entrevista 17	ES15	11/08/2017	Voces Ciudadanas
Entrevista 18	ES18	25/04/2018	Miembro de Organización Comunal
Entrevista 19	ES19	10/02/2018	Miembro de Organización Comunal
Entrevista 20	ES20	6/05/2018	Dirigente de Vaso de Leche